DIARIS de TRINXERA, el *nostre* ***dia a dia***

Una realitat invisible

Fòrum Català d'Atenció Primària

Autoria dels textos:
L'autoria és col·lectiva de totes les persones que han col·laborat en els escrits que s'han publicat al blog Diaris de trinxera, es poden consultar a https://diarisdetrinxera.wordpress.com/about/

Autoria de les fotografies:
Portada: Roser Marquet
Interior: Elena Serrano, excepte la de la pàgina 51
que és de M. Edelmira Barraquer

Fòrum Català d'Atenció Primària
Setembre 2016

Producció gràfica: Lacontragrafica.com
Impremta: Service Point

ÍNDEX

ABREVIATURES

ACXFA: Arítmia cardíaca per fibril·lació auricular

AINE: Antiinflamatoris no esteroïdals

A.P.S: Atenció primària de salut

CAP: Centre d'assistència primària

CIP: Codi d'identificació personal

CPAP: Pressió positiva contínua en la via aèria

CUAP: Centre d'urgències d'atenció primària

DM: Diabetis Mellitus

EAP: Equip d'atenció primària

ecap: estació clínica d'atenció primària

ECG: Electrocardiograma

ECO: Ecografia

GEA: Gastroenteritis aguda

HbA1c: Hemoglobina glucosilada

HC: Història clínica

IAM: Infart agut de miocardi

ICAM: Institut català d'avaluacions mèdiques

ICS: Institut català de la salut

INSS: Institut nacional de la seguretat social

INR: International normalized ratio

IT: Incapacitat temporal

MACA: Pacient amb malaltia crònica avançada

MF: Metge de família

NECPAL: Necessitats pal·liatives

OFT: Oftalmologia

ONG: Organització no governamental

PAD: Programa d'atenció a la dona

PADES: Programa d'atenció domiciliària i equips de suport

PCC: Pacient crònic complex

PET-TAC: Tomografia per emissió de positrons

PIIC: Pla d'intervenció individualitzat i compartit

PSA: Antigen prostàtic específic (sigles en anglès)

R.I.P: Requiescat in pace (que reposi en pau)

RM: Ressonància magnètica

Rx: Radiografia

SCS: Servei català de la salut

SEM: Servei d'emergències mèdiques

SIRE: Sistema d'informació de la recepta electrònica

TA: Tensió arterial

TAC: Tomografia axial computeritzada

TAO: Tractament anticoagulant oral

TC: Tomografia computeritzada

XHUP: Xarxa hospitalària d'utilització pública

PRESENTACIÓ

El 23 d'abril de 2012 es publicava el primer article dels Diaris de Trinxera, un blog del FoCAP que pretenia visibilitzar el que es viu a les consultes d'atenció primària. Cada dia els qui treballem a la «trinxera» de l'atenció primària som testimonis i acompanyants de processos de malaltia, patiment, vida i mort dels nostres pacients. Ja sigui a la consulta o en les visites domiciliàries, se'ns obre la porta al més íntim dels seus cossos, dels seus cors i dels seus contextos i espais vitals.

Han estat anys en què al patiment habitual s'ha afegit l'immens dolor que ha causat una crisi econòmica que ha afectat de manera desigual a les persones, acarnissant-se en les que ja eren més vulnerables, afectant profundament la seva salut física i mental.

Han estat anys on l'atenció primària ha patit unes retallades que han minvat la seva capacitat per a donar resposta als problemes de salut de la gent.

Han estat anys en què els professionals hem hagut d'acollir i acompanyar més dolor encara i ho hem fet en pitjors condicions i amb menys consideració per part de les institucions per a les quals treballem.

Han estat anys en què els professionals hem seguit acompanyant les persones, intentant curar de vegades, alleujar sovint i consolar sempre.

Tot això ha quedat reflectit en els Diaris de Trinxera, una obra coral de molts i moltes professionals que l'han fet servir per explicar la riquesa del que es viu a les consultes i el privilegi de la confiança i la proximitat de les relacions professional-pacient que s'estableixen a l'atenció primària; per denunciar el que no funciona i el que s'ha deteriorat; i també, de vegades, per fer teràpia explicant les nostres perplexitats i dificultats a la consulta.

Aquesta selecció de 50 relats dels Diaris de Trinxera, vol ser una fotografia d'aquests quatre anys a l'atenció primària, del que hem estat testimonis i del que hem viscut, gaudit i patit donant aquest servei a les persones i a la societat.

Anna Vall-llossera
Presidenta del Fòrum Català d'Atenció Primària

INTRODUCCIÓ

Era el dia de Sant Jordi del 2012 quan apareixia la primera història publicada al bloc, **Una mort saludable**. Des de llavors més de 40 persones diferents han escrit més de 250 històries. Històries ben diverses que ens donen una visió d'allò que és l'atenció primària al nostre país i de la vivència dels seus i les seves professionals.

Als relats s'hi pot trobar històries tristes, històries tendres, gestos petits que fan veure la importància de les persones al costat de les persones.

Però també històries dures, de poca sensibilitat per part dels professionals, de dificultats amb les persones que atenem.

I s'hi evidencien les dificultats del treball a l'atenció primària i les dificultats que les persones responsables de la gestió hi afegeixen sovint amb idees allunyades de la realitat de la gent.

I es veuen actuacions que transgredeixen l'ètica i altres que gairebé ratllen la perfecció.

També hi ha el reflex dels problemes derivats de la crisi i de les malalties per a les persones.

El nom «diaris de trinxera» vol recollir aquesta idea de ser en primera línia, de rebre tota la complexitat, les dificultats i la duresa del dia a dia. Significa el lloc on es produeix el contacte, on es toca de peus a terra, on es pot veure la realitat... On no són (ni volen ser) els que prenen decisions.

El conjunt de les històries fan una bona fotografia d'aquesta realitat i creiem que poden ajudar a reflexionar a tothom, pacients, professionals i gestors.

Tots els casos són reals amb modificacions per evitar la identificació de les persones o els llocs. Alguns relats mantenen el nom real amb permís dels protagonistes.

De totes les històries publicades n'hem seleccionat les cinquanta que han estat més vistes fins agost del 2016. Aquesta categoria és variable dia a dia ja que el bloc és viu i noves històries podran tenir més èxit que les triades en el moment de tancar l'edició.

Però creiem que reflecteixen força en la seva diversitat tot allò que vol representar aquest bloc. I sempre us queda llegir la resta d'històries a: https://diarisdetrinxera.wordpress.com

Finalment agraïm el suport de les persones que ens llegeixen que des del seu inici ja han fet prop de 70.000 visites.

Roser Marquet i Miquel Reguant
Editors

Relats

Burocràcia: per què?
Dues reflexions amb un mateix vincle

Treballant per al dimoni, deia la meva àvia

Una treballadora de quiròfan d'un hospital de la XHUP em va portar fa uns dies un informe d'una intervenció de cordals que li van fet en el mateix lloc on treballa. Va venir perquè necessitava que li fes una IT (baixa i alta del mateix dia) ja que la seva supervisora li demanava.

Avui n'ha vingut una altra, d'un altre hospital de la XHUP, amb la mateixa cançó de l'enfadós: va anar a un CUAP fa quatre dies, i em porta un informe on es recomana repòs durant 48 hores. Ella va anar a treballar l'endemà, així que va faltar a la feina 24 hores. També li demanen que porti baixa i alta. De fa quatre dies!

Totes dues han hagut de programar la visita, desplaçar-se al centre, ocupar un espai de consulta que es podria haver dedicat a un problema de salut. Com si no tinguéssim prou feina!

Hem perdut ben bé l'oremus.

Ja n'hi ha prou que les empreses (fins i tot les sanitàries) facin servir els metges de família com a controladors dels seus treballadors, més quan tenen documentació suficient per valorar la justificació de l'absència.

Altrament, hem de considerar el dilema que se'ns planteja quan ens demanen una IT d'un procés que ha passat fa quatre dies... Hem de fer-ho?

(PUBLICAT EL 25/04/2012)

El cost de la burocràcia de les ITS per processos autolimitats

Als CAP estem tips de visites de baixes i altes. Sabem que s'han de fer, ens toca a nosaltres, però no hi ha millors maneres de fer-ho? Gràcies als processos de desburocratització iniciats a molts CAP hem millorat molt l'agilitat, sobretot amb les altes de patologia lleu. Però queden molts aspectes per millorar, que crec que requereixen de l'ajuda de les empreses i dels estaments polítics. Com a infermera de primària em trobo molt sovint assessorant coneguts meus sobre patologia lleu. Coses com "no cal que demanis hora per això, espera't 2 o 3 dies, pren les mesures habituals i si no millores, demana hora". Però llavors et diuen, "no, hi he d'anar avui mateix encara que ja sé que no és res perquè tinc febre o diarrea, no puc anar a treballar i necessito la baixa o un justificant des del primer dia". I ja està, no hi ha res a fer, cal donar-li hora i gastar una visita per a un pacient que no aniria a visitar-se si no fos perquè li cal el paper. No podem trobar-hi una millor solució? I encara més, les nostres pròpies empreses, també demanen baixa o justificant des del primer dia o des de massa aviat? Estem donant un bon exemple com a empreses de salut o donem missatges contradictoris? D'una banda diem als pacients: "no vagi al CAP per patologia lleu que pot resoldre a casa amb mesures habituals" i d'altra banda diem als treballadors de salut, "tots hem d'anar al CAP al primer dia perquè cal la baixa o el justificant".

Bé, reflexions. Gràcies.

(PUBLICAT EL 25/4/2012)

La biòpsia

És una primera visita. Entra una senyora a la consulta i em diu: "Vinc perquè em faci un volant per fer-me una biòpsia".

M'ensenya una nota escrita en un paper amb el logotip del centre hospitalari privat "X", signat per un metge on diu que arran d'un estudi analític alterat, la senyora necessita una biòpsia per acabar el diagnòstic.

Li explico que si la biòpsia la demana un metge d'un centre privat, és allà on li han de fer la biòpsia. "Però no la puc pagar, i el metge m'ha dit que si vostè em fa un volant per a l'hospital públic "Y", que està al costat, em faran la biòpsia sense pagar i ell mateix veurà el resultat".

Tardo uns segons a reaccionar perquè la història em sembla increïble. Intento esbrinar què està passant, perquè a l'e-cap no hi consta cap visita de cap professional i així li comento a la senyora.

La història és la següent: la pacient no ha anat mai al *seguro*. Fa anys que es visitava en una mútua i les anàlisis li sortien alterades, tot i que ella no tenia cap símptoma.

Un dia li van dir que en el centre privat "X" hi havia un especialista molt bo i ella hi va anar. Va pagar 300 euros per la visita, però ara la biòpsia no se la podia pagar.

- "I ja que no he anat mai al *seguro*, ara em pot fer el volant. I posi que em visiti el mateix metge i que sigui urgent".

Uns segons més per respirar fons. La senyora s'anava posant nerviosa perquè no s'imaginava que per fer un volant li fes tantes

preguntes. Li vaig explicar, amb poc èxit, que jo no podia demanar una biòpsia directament ("Doncs el metge m'ha dit que sí"), que en tot cas la puc derivar al servei corresponent de l'hospital públic i allà valoraran. Finalment quedem així.

Però em quedem moltes preguntes al cap. Com pot ser que en un edifici públic hi hagi una empresa privada? Com pot ser que un professional de l'empresa privada faci servir l'empresa pública per fer certes proves? Com pot ser que les dades de proves fetes en un centre públic puguin ser utilitzades per un professional en la seva activitat privada? Aquesta biòpsia passarà al davant de les dels pacients que no han pagat 300 euros en el centre privat? Com pot ser que aquestes pràctiques siguin tolerades pels responsables sanitaris? Com pot ser que ningú demani comptes d'aquestes pràctiques al Parlament?

(PUBLICAT EL 3/6/2012)



Una altra bestiesa del sistema sanitari (concertat, és clar!)

Ahir una pacient, a qui vaig demanar una ecografia fa 10 mesos, va venir a la consulta per demanar-me que li fes una nova ordre clínica de sol·licitud. M'explica que, veient que no havia rebut cap citació (mira que en té de paciència la gent!) va anar a reclamar al servei de radiologia de l'hospital de referència. Allà no tenien cap sol·licitud.

Va venir al centre i l'administrativa del taulell va comprovar que s'havia tramitat (feia 10 mesos) i li va donar una còpia del full per portar-lo a l'hospital. Mala sort! Al portar-lo al servei de radiologia comproven que la data és de 2011. Per aquest any no val! Cal fer-ne un de nou.

De moment, porta 10 mesos, dos viatges de 20 km cadascun, dos pagaments del pàrquing de l'hospital... Això és el copagament de què parlen, oi?

(PUBLICAT EL 25/7/2012)

Per a què serveixen les revisions laborals?

Sovint, venen a la consulta persones portant els resultats de la revisió laboral. Poden ser mestres, administratius, electricistes, metal·lúrgics o de qualsevol altra professió. Tots solen portar el mateix, un sobre amb un munt de papers amb dades sobre la seva salut: antecedents familiars i personals, exploració física, espirometria, electrocardiograma (il·legible, normalment), audiometria, agudesa visual i analítica "general". I al final, un resum i unes recomanacions que solen acabar amb un "consulti el seu metge de capçalera per les alteracions detectades".

Sempre m'ha fet gràcia llegir aspectes de l'exploració com ara: abdomen tou i depressible, auscultació respiratòria sense crepitants, Lassègue o Phallen negatius. Tenint en compte que són persones amb activitat laboral, sanes, només faltaria que els trobessin un abdomen dur. O m'ha enutjat veure: nivells d'àcid úric o de colesterol alts, o leucòcits lleugerament per sota de la referència. Quan una persona em porta la revisió laboral intento aprofitar les dades anotant a la història clínica les que són rellevants, però generalment puc aprofitar molt poc.

Fa uns dies en Ramon em va portar els resultats de la seva revisió i em diu: «m'ha dit la dona que t'ho miris, que està malament». La veritat és que m'esperava un colesterol de 220, però ho vaig haver de mirar dues vegades: hi havia una hemoglobina de 8 mgrs. i unes transaminases superiors a 400 U.

Miro la data de l'analítica: feia un mes. «I ningú no t'ha dit res?» «No, m'han donat els resultats al cap d'un mes, com sempre. Ah, i em diu la dona que últimament em veu una mica groc». Torno a mirar l'informe: estava signat per un metge i deia: es recomana que consulti amb el seu metge per estudi de microcitosi.

Coneixem l'escassa utilitat i fins i tot el perjudici de fer proves en persones asimptomàtiques. Per a què serveixen les revisions laborals, doncs?

Si els resultats són normals, no passa res, si estan clarament alterats com és el cas, tampoc passa res, perquè no hi ha cap sistema per avisar de les alteracions significatives. Però la majoria, ni són normals ni estan clarament alterats; presenten petites elevacions d'un enzim, dels lípids, o del pes corporal... dades sense significació clínica i amb un escàs aprofitament per fer una intervenció preventiva, perquè la majoria de persones no estan motivades per fer canvis d'hàbits pel resultat d'una revisió. Es dediquen recursos econòmics, socials i sanitaris per a un baixíssim benefici en la salut de les persones.

En funció de l'actual coneixement i de les recomanacions dels organismes experts en prevenció, caldria reconsiderar la pràctica de les revisions laborals i limitar-les a activitats cost-efectives. Una oportunitat per millorar la racionalitat de les actuacions sanitàries en temps de crisi.

Arran d'aquest cas vaig buscar informació, que sintetitzo: Les revisions laborals les paga l'empresa i es realitzen a través de la mútua laboral o altres serveis, responen a una llei estatal del 1995 i el seu contingut i periodicitat l'estableix el servei de prevenció de riscos laborals intern de l'empresa o aliè. Hi ha diverses especialitats: ergonomia, seguretat, higiene i vigilància de la salut. Els resultats són valorats per un professional mèdic. El cost està entre 70-80 euros/any i persona.

(PUBLICAT EL 19/9/2012)

Cap a on va la infermeria? L'organització d'agendes pot fer retrocedir la infermeria com a professió!

Estant de vacances, he acompanyat un familiar al CAP a fer-se un control de TAO. Va dir-me: "tu que hi entens, m'hi vols acompanyar?» I tant! vaig dir-li.

El que no m'esperava, és que aquest fet em generés un gran disgust, una decepció enorme i una ràbia indescriptible. Us en faig cinc cèntims i, abusant de la vostra confiança, en faré una reflexió.

El vaig acompanyar amb el convenciment i la il·lusió que tenia hora amb la seva infermera. La primera sorpresa la vaig tenir al veure que tenia hora per a una "consulta exprés", de tècniques! I que la infermera, cada vegada era diferent. La segona, quan vaig adonar-me que a la sala d'espera hi havia unes 20 persones esperant, ja que la programació era amb una freqüència de 3 minuts.

Després de buscar, del dret i del revés, la part positiva d'aquest tipus d'organització, i de no trobar-la, vaig pensar: «Verge santa! Tornem al segle passat!» I d'aquí, aquesta reflexió:

Als/les infermeres/s els correspon la direcció, avaluació i prestació de cures d'infermeria orientades a mantenir, recuperar la salut i prevenir malalties i discapacitats, segons l'article 7 de la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'Ordenació de les Professions Sanitàries. La prestació de cures infermeres es fa mitjançant una metodologia pròpia.

La infermera valora el problema de salut mitjançant l'anamnesi i l'exploració física. Per a l'exploració se solen utilitzar tècniques i/o procediments diagnòstics, com la presa de la pressió arterial i/o la

realització d'un electrocardiograma, entre d'altres. Aquestes exploracions solen ser d'utilitat per a les cures infermeres i per a l'atenció mèdica. La valoració de la infermera serveix per fer un diagnòstic en relació a les cures infermeres i per planificar les intervencions a fer.

En el cas de l'atenció infermera, les tècniques són eines complementàries que formen part del procés infermer. Per aquest motiu, podem afirmar que són un mitjà i no un fi dins del procés infermer.

Alguns àmbits d'Atenció Primària, segueixen impulsant les agendes exclusives de tècniques per a les infermeres amb l'única finalitat de fer, restant importància a la feina i a la metodologia pròpia infermera.

No serà una falta de visió holística?

No serà que volen involucionar la professió infermera?

No serà un problema de lideratge dins la pròpia professió?

(PUBLICAT EL 26/9/2012)

Tafanejant en la història d'una companya

Un vespre, de resident. Guàrdia a l'hospital. Estic amb una bona pediatra. Tenim una estona sense massa feina. Comentem l'embaràs d'una companya metgessa...

– No sé si la Mireia ja haurà parit –comento

– Ai!, diria que sí.

– Estava a punt

–...calla! Mirem a la seva història: hi constarà l'informe del part si és que ja l'ha tingut.

– ...?!?... Vols dir?

– Sí, dona, i tant. No li importarà pas! Som amigues, no?

– ...no sé, no ho veig gaire clar.

– No pateixis, ja ho faig jo. Total, no és res "confidencial", es tracta d'un fet natural, un simple part. I som professionals, no?

– ....

– Mira ja ho tinc!, Sííííííí! Va ser ahir. Ha tingut un nen, 3,800, APGAR alt, tot bé, però finalment va necessitar una cesària.

– ....ah, molt bé, millor.

– Podem pujar a veure-la i felicitar-la. Veus, era fàcil i així li podrem fer costat!

– Encara dubto, no veig clar el que hem fet,

La confidencialitat és un deure professional. Molt important. Respectar el dret a la intimitat de tota persona és sagrat. Cap situació clínica, vital, de malaltia o de prevenció és més o menys confidencial: totes ho són, només el propi interessat pot decidir què ens vol explicar i què vol mantenir en la seva intimitat. Només el propi interessat pot decidir amb qui comparteix la informació. Ser professionals sanitaris no ens dóna dret a consultar les històries de les persones. Només ho podem fer quan ho necessitem per atendre-les.

Sovint som poc curosos. I, sovint, pensem que "no passa res". Però això només ho pot decidir l'interessat/da, i és un delicte visualitzar una història clínica sense finalitat assistencial! I encara som menys curosos quan la persona és un sanitari. Ser companys no ens dóna cap dret de saltar-nos el deure de confidencialitat. Si la companya ens ho vol explicar, ja ho farà, sense cap problema.

(PUBLICAT EL 21/11/2012)

Sobre la confidencialitat de la història clínica, opinions de pacients

Aquest matí, un senyor de 70 anys m'ha explicat que a l'hospital li havien proposat de signar una autorització perquè la seva història clínica fos visible pel seu metge de capçalera i per qualsevol altre hospital. I m'ho deia satisfet, que li semblava molt bé. La seva història clínica és de problemes de l'aparell locomotor, i no tenia cap problema en el fet que tothom pogués veure les "seves proves i les seves intervencions". «I si vostè fos una noia de 20 anys que hagués avortat, li agradaria que l'oftalmòleg o el traumatòleg veiés la informació?» «Això no», m'ha contestat. «I si a la història hi consten problemes de parella o familiars o econòmics?» «Doncs tampoc. Té raó, la cosa no és tan senzilla com sembla», m'ha dit ràpidament.

Fa uns dies, un altre pacient que em portava un informe d'alta hospitalària en el que hi constava l'antecedent de dependència de l'alcohol, em va demanar que esborrés de la seva història aquest problema. «Però és veritat», li vaig dir jo. «Aquest problema ha de quedar entre vostè i jo, no vull que consti a la meva història». «Per què?» «Doncs perquè l'informe d'alta el pot veure molta gent, entre d'altres, els meus fills. I també perquè tinc la sensació que aquest antecedent em discrimina. Un dia vaig caure per l'escala i al servei d'urgències insistien en si anava begut i no era cert, però no s'ho creien, em vaig sentir humiliat». Vaig treure l'antecedent de la història tal com em demanava, i continuarem treballant el tema de l'alcohol a la consulta.

El fet d'obrir la història clínica compartida a tots els agents assistencials té els seus avantatges però també els seus inconvenients. Cal fer un debat a fons en el qual els ciutadans hi diguin la seva. No totes les informacions de la història clínica són iguals, ni són

necessàries per a l'atenció (especialitzada, sobretot) i, fins i tot, poden perjudicar el malalt, com expressa perfectament el segon cas. Ens ho hauríem d'agafar més seriosament i forçar els gestors a entomar el debat.

(PUBLICAT EL 30/1/2013)



Les frases de la pobresa

Recollides a la consulta durant l'última setmana:

Una noia de 30 anys a qui l'empresa no li ha pagat l'últim mes em diu: "El meu marit es dutxa a la feina per no gastar gas a casa".

Un noi de 32 anys que en porta 5 a l'atur: "No em faci cap recepta que no me la puc comprar".

Una dona de 50 anys, a l'atur: "Demano a les portes d'un supermercat, però quan ve alguna persona coneguda m'amago perquè em fa vergonya".

Una mare de tres fills petits, a l'atur i amb el marit amb problemes a la pròpia empresa: "Fa mesos que a casa no es mengen postres".

Un home de 54 anys amb contracte precari que consulta per una otitis supurada: "Aniré a la farmàcia el divendres, quan cobri, avui no tinc diners"

Un home de 57 anys, amb diverses malalties greus i diversos tractaments, entre ells, insulina: "No té pas insulina per donar-me?"

Una dona de 45 anys, mare de dos fills adolescents, a l'atur des de fa 2 anys: "Els meus fills tenen molta gana i estan cansats de menjar pasta cada dia".

I podria seguir.

(PUBLICAT EL 24/3/2013)

Un justificant

Ve a la consulta un treballador del Departament d'Interior de la Generalitat.

Avui no ha anat a treballar perquè es troba malament. Un quadre viral autolimitat. No necessita res, només vol el justificant de la visita...

– Ja saps, he trucat a la feina i m'han dit que, sobretot, porti un justificant...

Quants treballadors té el Departament d'Interior? Quantes malalties autolimitades tenen al cap d'un any entre tots? Quantes visites mèdiques malgastades en fer-los justificants?

Estic cansada. Sense comentaris.

(PUBLICAT EL 27/3/2013)

Pacients fràgils

Fa un temps, des d'algun lloc dels serveis centrals de l'ICS (o de l'SCS) em van enviar un llistat dels pacients que havien identificat com a fràgils en la meva llista. Com que vaig rebre el llistat (on constaven els noms i cognoms, a més de dades dels ingressos, medicaments que prenien, etc.) a través de la infermera a qui li havia fet arribar el director de l'EAP a través d'una administrativa, no puc especificar més la seva procedència.

El missatge del director deia: "Aquests pacients són els que haurien de tenir un seguiment més important per part de tots". Els havien seleccionat amb el meravellós criteri de "dos ingressos en el darrer any".

N'hi havia 7 de la meva llista. Tant de bo només en tingués 7, de pacients fràgils!

Em poso a revisar històries clíniques i em trobo:

1. 38 anys. Dos ingressos per placenta prèvia (feia gairebé 1 any)

2. 24 anys. Dos ingressos per còlic nefrític (feia 10 mesos del darrer)

3. 43 anys. Dos ingressos per GEA (feia 1 any del darrer)

4. 60 anys. Quatre ingressos per cirurgia a OFT del Vall Hebron.

5. 76 anys. Tres ingressos (dos d'ells per cirurgia; un per DM descompensada)

6. 81 anys. Tres ingressos pel mateix procés infecciós agut en un interval d'un mes (el darrer feia 18 mesos)

7. 81 anys. BINGO. Aquest sí... Tres ingressos per àngor inestable.

Felicitats als responsables de la idea i a tota la cadena de directius i tècnics per ajudar-me a identificar els pacients fràgils de la meva consulta. Sense ells no hauria ni sospitat que fossin aquests. Mira que en sóc d'ignorant! Pensava que eren tots aquells amb moltes patologies cròniques que prenen molts medicaments i que procuro tractar a casa i m'esforço perquè no ingressin a l'hospital...

(PUBLICAT EL 24/4/2013)

El còlic nefrític

Una senyora de 50 anys em porta un informe d'atenció en un servei d'urgències, perquè el conegui. És una senyora sana, que ve poc a la consulta. Em llegeixo l'informe de xxxx *Grupo Hospitalario*, on va anar per ser atesa de manera més ràpida que al *seguro*. Transcric l'informe:

MOTIU DE CONSULTA: *dolor abdominal + dolor riñones*

ANAMNESIS:...

CONSTANTES:....

EXPLORACIÓN FÍSICA: ....

RESULTADO DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ...

EVOLUCIÓN: *No signos de sepsis, ni dolor refractario al tratamiento médico. Analítica sin presencia de insuficiencia renal*

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: *Cólico nefrítico*

TRATAMIENTO:

– *Calor seco local*

– *Diclofenaco 50mg/8h, metamizol 575mg/8h (de forma alterna si persistencia del dolor)*

– *Dezacort 30 mgrs vía oral/24 horas durante 5 días*

– *Tamsulosina 0,4 mg. Via oral/24horas durante 10 días*

– *Ingesta de 2-3 litros de agua al día tras la fase aguda*

Potser perquè se'm va desencaixar la cara la senyora no va dir allò de: "em pot fer les receptes, doctora, que ja he anat a la farmàcia?". Però no, la senyora era intel·ligent i em va dir: "com que ja no tenia dolor no em vaig prendre res". Vaig reforçar la seva conducta.

Cada vegada tinc més clar que l'evidència, les guies clíniques, les guies terapèutiques, els projectes essencials, la racionalització, la seguretat, l'estalvi, les avaluacions, la qualitat i la responsabilitat professional no funcionen igual a la medicina privada que a la pública. Em sembla molt bé que a la sanitat pública se'ns exigeixi qualitat, seguretat i estalvi, però no em sembla gens bé que aquesta exigència no es faci als centres privats i que el Departament de Salut desinverteixi en allò que funciona. Hagués anat a una clínica (a 20 quilòmetres) aquesta senyora si a prop hi hagués tingut un centre amb atenció continuada? Quin és el cost sanitari i social de la retallada de serveis? El conseller que aconsella que els ciutadans s'assegurin a les mútues, els ha d'explicar que quan hi vagin per un còlic nefrític poden sortir tractats amb corticoides i alfabloquejadors (els primers per què? alguna evidència? i els segons calien?) El contrari és jugar fent trampes.

(PUBLICAT EL 5/5/2013)

Llistes d'espera

Em trobo el Joan a l'entrada del centre quan anava al lavabo a mig matí. L'última vegada que el vaig visitar era per un dolor de maluc intens produït per una coxartrosi molt evolucionada, tant, que tenia el cap del fèmur impactat a la còtila (pràcticament destruïda) i un escurçament visible de l'extremitat. En Joan té uns 50 anys, "encara" treballa i em va venir a veure fa uns dos mesos perquè no aguantava el dolor. Amb la radiografia feta el vaig derivar amb caràcter preferent al servei de COT de l'hospital per valorar fer pròtesi. No n'havia sabut res més. En veure'l, m'aturo per saludar-lo i preguntar-li com estava. M'explica que ja el van visitar a COT, li van indicar una pròtesi, però hi havia una demora d'uns sis mesos, tot i considerar-la urgent. Com que no podia viure ni treballar amb el dolor i la limitació funcional, va anar a una clínica privada i ja li havien fet la pròtesi, tot havia anat molt bé, li havia canviat la vida. Ara venia a buscar un paper de confirmació de baixa, estava fent rehabilitació. Li comento que la cara també li havia canviat, ja no tenia el rictus de dolor. Me n'alegro que estigui millor, que se li hagi solucionat el problema. Però em sap molt greu que hagi hagut de recórrer a un servei privat, la sanitat pública no li ha donat la resposta que ell necessitava. Molts malalts es troben en aquesta mateixa situació, s'han de buscar la vida en la medicina privada i deixen de ser presents a les llistes d'espera dels hospitals públics, on només segueixen els qui no es poden permetre un servei de pagament. Llistes d'espera irreals, xifres fictícies que ens dóna el conseller... patiment evitable, iniquitats, injustícia.

(PUBLICAT EL 22/9/2013)

Què volen aquesta gent?

Cada cop es fa més difícil portar una consulta amb una certa organització. Se'n fa degut a tots els canvis que ens fan introduir a les històries clíniques i perquè tinc la sensació que cada vegada estaré més pendent de l'ordinador que no pas de mirar la cara de les persones que em vénen a veure. Això em fa pensar molt i molt en un tema ètic i fa que hi doni moltes voltes i no sàpiga com sortir-me'n.

Aquest darrer mes tot són corredisses per tenir a punt el tema de la qualitat, corredisses pel tema del malalt crònic complex, ben dit PCC i MACA. Tot s'ha de posar al dia, clicar i clicar finestretes... Et fa pensar si és real tot això que estàs fent i quin servei arribarà a tenir?

És ben cert que els professionals que estem a les trinxeres cada dia tenim la sensació -almenys jo- que tot es va complicant, que els pacients que entren per la porta ja no saben què han de dir-te perquè entenen que no hi han recursos, que tot està molt malament, però que ells ja no poden més. "Ei, no són PCC ni MACA" -de moment- tot arribarà.

Una mare amb dos fills amb problemes greus de comportament agressiu, diagnosticats fa molt de temps de trastorn de conducta, amb medicaments que costen al mes uns 70 euros. La mare no treballa, el pare fa feines esporàdiques, allò que surt; potser hi ha mesos que cobra 900 euros. Han de pagar lloguer de pis i manteniment; el cost de la llum ha pujat; rebuts endarrerits... més i més i més, solució? Quina? Les ONG ja no tenen recursos, Càrites fa el que pot, els ajuntaments que fins ara donaven de tot han tancat portes, tampoc tenen recursos: aquesta és la resposta. La targeta sanitària gratuïta fa gairebé dos anys que no es concedeix, perquè

no es pot. Resposta: apanya't com puguis. No tinc més invents, no puc redefinir la demanda, quan és tan clara i sé perfectament que si aquests nens no prenen la medicació això anirà pitjor.

I l'administració demana PCC I MACA i així anem.

I cada dia surt el sol però a vegades es fa fosc.

(PUBLICAT EL 16/10/2013)



Quan estàs a l'altre costat

Quan estàs a l'altre costat, al de pacient, es fa important...

... que et tractin amb amabilitat, perquè quan estàs malalt et sents especialment vulnerable.

... que comparteixin amb tu la incertesa i reconeguin els límits de la Medicina, per poder prendre decisions conjuntes amb coneixement.

... que no menyspreïn la teva por i el teu dolor, tot i que no estiguin tècnicament justificats.

... que tinguin en compte que ets més que una malaltia que necessita una actuació mèdica, que tens altres problemes i necessitats, importants per al teu benestar quan estàs en mans d'altres.

... que no donin per fet la teva tolerància a la nuesa física imposada, perquè la intimitat genera comoditat, i aquesta, benestar.

... ser informat del que passa, del per què dels canvis sobre el previst, perquè la incertesa augmenta l'angoixa. Això és aplicable a la família que t'acompanya i que de vegades no sap res de tu durant hores (proves, cirurgia, servei d'urgències...).

... que els representats de la indústria farmacèutica i tecnològica no passegin per la zona de consultes, gairebé sempre amb les portes entreobertes, com si formessin part del personal sanitari que t'atén.

... no haver de demanar perdó per tenir necessitats fisiològiques amb més freqüència de la que el personal espera.

... tenir una certa continuïtat assistencial, perquè la confiança s'estableix amb cada persona concreta, i la confiança que es construeix en una relació terapèutica té un poder guaridor gens menyspreable. És més, ser atès cada cop per un professional diferent produeix angoixa i sensació de desemparament.

... que no s'exerceixi sobre tu una medicina i una atenció sanitària de protocol. Els protocols ajuden a disminuir la variabilitat en la pràctica clínica, a evitar oblits que poden tenir conseqüències negatives sobre els pacients, però aplicats acríticament deshumanitzen l'assistència i de vegades porten a situacions ridícules i a despeses innecessàries.

... que t'expliquin les coses (el que et passa, el que pots esperar, el que has de fer...) amb claredat. Fer-ho requereix temps i, de vegades, paciència, però és una bona inversió que dóna fruits en forma de compliment terapèutic, satisfacció, confiança, apoderament...

Aquestes i altres coses són importants quan estàs a l'altre costat. Algunes les aprecies perquè les tens i altres les trobes a faltar. Algunes són pròpies de l'entorn hospitalari però moltes també es donen en l'atenció primària i no sempre s'atenen adequadament. Algunes depenen de la rigidesa de les organitzacions, però la majoria són degudes a actituds personals que es poden corregir si tornem a posar el pacient al centre de l'atenció sanitària. Aquest és el sentit de les nostres professions, però també parla de la nostra humanitat.

(PUBLICAT EL 20/11/2013)

Estic cansada

Estic cansada de:

– rectificar receptes que els companys de l'hospital han fet malament

– fer "volants" per a visites de seguiment

– les llistes de CIP que m'envia la direcció perquè "repassi"

– dir a les persones amb cataractes que l'oftalmòleg tardarà mig any a visitar-los i un any o més a intervenir-los

– els metges d'hospital que fan proves innecessàries i tractaments sense rellevància clínica

– els tractaments surrealistes d'alguns centres d'urgències

– fer informes per als metges de les mútues que controlen les baixes laborals

– els oncòlegs que em fan venir els malalts amb una nota dient que activi el PADES

– les múltiples graelles i registres que hi ha a l'ecap per al mateix problema de salut

– que se'm desconnecti l'ecap dos o tres cops al dia

– repetir visites perquè a l'hospital hi ha massa demora i no citen els pacients

– explicar que fer-se d’una mútua no és la solució a la mala sanitat pública que tenim

– repetir els mateixos consells de salut a la mateixa persona una i altra vegada

– les persones que no entenen que els problemes laborals no se solucionen a la consulta del metge

– dels vells que no entenen que s’han fet vells i és natural que algun dia se’ls acabi la vida

– les persones que s’enfaden perquè no els recepto allò que demanen

– les peticions de visita per a la pròstata quan aquesta no té cap problema

– sentir dir que a la mútua li fan una citologia vaginal cada any

– els directius incompetents

– els joves sans que em demanen una analítica de rutina

– les embarassades que em demanen la baixa laboral sense estar malaltes

– repetir una i altra vegada que per als antibiòtics no es necessiten “protectors” d’estómac

– les companyes que no saben dir que no

– ......

Però demà he d'anar a treballar amb força per:

– poder escoltar amb empatia a la persona que em vingui a explicar que el seu fill ha tingut un accident greu

– poder estar alerta dels símptomes d'alarma d'alguna malaltia greu

– poder fer el diagnòstic diferencial d'un dolor abdominal, d'una cefalea o d'una lesió de pell

– poder fer el millor per a una persona amb trastorn desadaptatiu

– atendre amb eficàcia i compassió al malat terminal

– saber explicar i convèncer que la noia que està cansada no necessita vitamines

– revisar-me el diagnòstic o el tractament d'un problema de salut

– contenir les persones que consulten per por i no fer cap actuació innecessària

– fer un bon informe quan hagi de fer una derivació

– dir a la direcció que no faré allò que no em sembli correcte

– no trair la confiança dels malalts

– donar els millors consells de salut

– escoltar i ajudar a la persona que està passant un dol difícil

– repassar tractaments amb polifarmàcia i deprescriure de la millor manera possible

– interpretar el resultat d'una anàlisi o d'una prova d'imatge

– ajudar a la companya que té algun problema

– resistir sis hores de consulta i visites amb 3 o 4 motius diferents

– gestionar bé el temps

– seguir estimant la meva feina

– aportar alguna idea útil a la reunió del migdia

–.....

(PUBLICAT EL 5/12/2013)



Problemes amb els malalts terminals

Ja feia temps que tenia un càncer d'estómac i ara arribava el final. La Teresa ja estava molt dèbil i menjava poc, gairebé no es llevava. Durant la malaltia no havia volgut parlar mai de la gravetat, ni de la seva voluntat respecte els últims dies, era més fàcil parlar-ho amb el seu marit, que sempre l'acompanyava. Però vista la imminència de la mort calia plantejar d'alguna manera com volia el final. Un dia, en una visita a casa, amb el dolor controlat i amb tranquil·litat em diu que vol seguir a casa, que no vol anar a l'hospital. De vegades sembla que no serveix de res el que parlem amb els malalts, però sí que serveix. Quedem d'acord amb la pacient, el marit i els fills que li farem assistència a casa si no es presenta cap situació incontrolable. Quan gairebé no ingereix, posem una via subcutània per a l'administració de medicació pal·liativa i expliquem mesures d'higiene, de canvis posturals, de cura de la pell. Tot queda registrat a la història clínica: queda clar que és un MACA (malaltia crònica avançada) i escrivim en el PIIC (pla d'intervenció individualitzada compartida) entre altres coses, la voluntat de la pacient i la família d'estar-se i morir a casa. També deixem al domicili documents amb informació clínica i de voluntats per si ha d'intervenir algun altre professional i, com és habitual, el meu telèfon personal. Tot controlat, semblava, de cara el cap de setmana. També explico que, en cas de necessitat, poden posar-se en contacte amb el nostre servei d'atenció continuada, a través del 112.

El diumenge al migdia rebo una trucada del marit dient que havien tingut un dubte amb la dosificació dels medicaments i que havien trucat al 112 demanant parlar amb el metge d'atenció continuada. Però en comptes de posar-los en contacte amb el metge de guàrdia, els van enviar una ambulància per traslladar la malalta a l'hospital. Parlo amb els tècnics de l'ambulància i quedem que dei-

xen la malalta a casa, jo soluciono el tema de la medicació. La família estava molt enfadada, li costava d'entendre perquè els enviaven una ambulància, quan ells volien fer una consulta a un metge.

L'actual model d'atenció continuada no funciona bé, cal revisar-lo. És un disbarat traslladar una malalta en situació terminal controlada a un servei d'urgències hospitalàries. En comptes de tants MACA, PCC (pacient crònic complex), NECPAL (necessitats palliatives), PIIC i altres andròmines centrades en els programes informàtics, potser que se centressin en els pacients, el sentit comú i donessin més accessibilitat i capacitat d'acció als metges i infermeres de família. Tan difícil és?

(PUBLICAT EL 19/2/2014)

Una recepta i molts insults

Ens ho comenta avui l'administrativa del centre a l'hora de plegar. Encara està nerviosa per allò que li ha passat durant el matí. Un home d'uns cinquanta anys, desconegut, s'ha dirigit a ella i el diàleg ha anat més o menys així:

– Vinc perquè em feu una recepta, tot ensenyant una prescripció d'un centre privat amb una marca de claritromicina.

– Li donaré visita amb la metgessa.

– Només per fer una recepta? No vull una visita, ja he anat al metge i m'ha dit que m'havia de prendre això i és molt car (el to de veu començava a pujar).

– La doctora primer l'ha de visitar i després valorarà el tractament. – Ets una inútil, et dic que només vull la recepta i fes el favor de dir-li a la doctora que me la faci, total, deu estar sense fer res (en realitat la frase era més grollera). Jo vaig a la mútua perquè no tingueu tanta feina i a sobre em poseu problemes. D'aquí una estona tornaré a buscar-la (ara ja cridava).

L'administrativa ho comenta amb la metgessa en qüestió, que no coneix el pacient i, evidentment, no fa la recepta, li ofereix visita a última hora del matí.

Quan el senyor torna al centre:

– Vinc a buscar la recepta, suposo que me l'ha fet.

– Doncs no, la doctora no li farà sense visitar-lo abans.

– Sou una colla d'inútils, i tu millor estaries a casa teva, si em passa alguna cosa vosaltres en tindreu la culpa (cridant a tot pulmó).

Mentre surt del centre i abans de donar un fort cop de porta diu "puta".

La companya administrativa quasi tremola, la resta ens hem quedat bocabadats. Tenim clar que no es poden tolerar aquestes situacions, però són tan ràpides, -i l'administrativa acostuma a estar sola al taulell- que no es pot reaccionar al moment. Després passarà una notificació a la direcció.

Però per què passen aquestes coses? Segur que hi ha més d'una explicació: el caràcter, el mal humor davant d'una despesa, el fet de creure que fer una recepta no és un acte mèdic, el fet de creure que es pot anar al *seguro* a demanar receptes, el masclisme (li hauria dit el mateix a un administratiu home?), la mala educació, la infravaloració dels serveis públics per una part de la població... I no puc deixar de pensar que les declaracions del conseller Boi Ruiz recomanant que la gent "es faci d'una mútua", no són alienes a aquestes conductes.

(PUBLICAT EL 1/4/2014)

Canvi de xip

Arribo al matí a passar visita, engego l'ordinador i veig que hi ha una consulta telefònica, amb una nota de l'administrativa: "Truca la jove per dir que el Pere (72 anys) es va morir ahir a la tarda". A les 12h del mateix dia l'havia visitat, resultats de les anàlisis perfectes, tot bé... "Ja ens veurem al setembre".

Abans de començar a atendre als pacients miro el resultat de la TC que vaig demanar-li al Paco, de 50 anys, que tenia una massa renal a l'ECO: Carcinomatosi, neoplàsia renal, trombosi de la vena porta...

I ara, canvi de xip i... a passar visita! A concentrar-se en si la Pepi té mocs verds o blancs, o si la lumbàlgia de la Teresa passa amb paracetamol o ibuprofèn.

M'impressiona la capacitat que hem de desenvolupar per "aparcar" els sentiments que genera saber, tot d'una, que una persona amb la qual tenies una relació s'acaba de morir o li queden pocs mesos de vida, i seguir treballant com si res hagués passat, sense poder-nos permetre plorar una estona o anar a airejar-nos i pair-ho.

Ens ajuda això per afrontar situacions de la nostra vida diària? O ens va tornant freds? Es poden posar horaris als sentiments?

(PUBLICAT EL 24/6/2014)

Un estat d'ansietat

La Núria entra a la consulta, ha demanat hora per avui mateix:

«Vinc perquè tinc un estat d'ansietat, he sortir de la feina i no hi puc tornar... l'encarregat ens ha esbroncat, ha llençat material per terra i jo he sortit corrent, he tingut por, m'he posat a plorar... he renunciat al contracte, però em queden uns dies... les esbroncades són freqüents, no ho puc aguantar... jo em tracto per l'ansietat des de la molts anys... No em fas la baixa?» ...... «Ara que m'ho expliques tinc més clar que no és un problema de malaltia sinó d'agressió laboral, però tothom aguanta per no perdre la feina»

I després d'uns segons de silenci:

«La situació d'avui m'ha recordat quan el meu pare em cridava i em pegava quan era petita, jo corria i m'amagava al vàter, ell donava cops a la porta fins obrir-la.... sí, a la meva mare i als meus germans també els pegava... però no ho reconeixien.... de fet la meva mare em deia que la culpa era meva, que no feia les coses ben fetes, em va portar al psiquiatre de petiteta i tota la vida he pres tranquil·litzants i antidepressius»..... «Avui, en sortir de la feina he anat a casa la meva mare i m'ha dit que anés al psiquiatre, que ella em pagaria la visita, però jo he preferit venir aquí... total, el psiquiatre em donarà més pastilles per anestesiar-me, però no em trobaré millor»... «Mai n'he parlat amb el meu pare, sempre m'he escapat.... algun dia hi hauria de fer front»

Uns minuts més de silenci:

«Ara ho veig clar: demà aniré a la feina i els diré que ens maltracten, no vull la baixa, vull anar demà a treballar... no vull escapar-me'n

més. Sempre he viscut com una víctima»... «Gràcies, aquesta visita m'ha anat molt bé».

Quan se'n va, intento escriure alguna cosa a la història i penso: "Quins 20 minuts més profitosos!". No he posat cap diagnòstic, no he emplenat cap casella, no li he preguntat si fumava. Hi ha una part de la nostra feina que no es pot quantificar ni registrar. Des del punt de vista d'alguns gestors de cap quadrat en aquests 20 minuts no he "produït" res. Si faig moltes visites com aquesta potser em consideren innecessària... Quan entendran els gestors la feina que fem??

(PUBLICAT EL 5/8/2014)



Model de crònics: era això? / Títol alternatiu (una mica sacrilegi, però): No era això, companys, no era això

La Maria té 89 anys. La conec des de fa 8 i durant els darrers 5 l'he atesa majoritàriament al seu domicili, tot i que de vegades els fills poden portar-la al CAP. És una dona amb molt caràcter i tot el clan familiar gira entorn d'ella.

La Maria és una pacient crònica complexa, com la majoria dels meus pacients que arriben a la seva edat i tants pacients del meu *cupo* que amb "normalitat" atenc i he atès sempre, intentant abordar de la millor manera possible la seva complexitat bio-psico-social. Tot això cercant d'utilitzar de forma adient els recursos públics i tractant d'evitar una sobremedicalització innecessària i iatrogènica.

Fa uns mesos es va descompensar i va tenir una davallada important. El seu nivell de dependència va augmentar i la situació es va fer insostenible a casa, on viu amb una de les seves filles. Tot i que eren reticents a utilitzar el recurs, finalment es van avenir a un ingrés en un centre sociosanitari.

De forma sorprenent la Maria es va recuperar i al cap d'un parell de mesos va poder tornar a casa on l'hem seguit visitant amb assiduïtat i hem seguit atenent-la en la seva complexitat personal i familiar.

Quatre mesos després de l'alta, el centre sociosanitari en el que va estar ingressada la va citar per un control. Estranyada que la pacient hagués de ser controlada després d'un ingrés que tenia un motiu concret i circumstancial, vaig fer la sol·licitud de l'ambulància que va ser necessària pel trasllat de la pacient a aquesta visita.

Però la meva estranyesa no ha deixat de créixer. En aquella visita es va decidir demanar un TAC cerebral a la Maria per estudiar una possible demència, atenent que la pacient tenia símptomes psicoafectius i que durant l'ingrés de dos mesos havia presentat UN episodi de desorientació. Pel TAC i la visita posterior al centre sociosanitari també vam haver de demanar una ambulància. La meva estranyesa es va transformar en indignació, ràbia i pena, quan la pacient va tornar a casa amb un diagnòstic de demència tipus Alzheimer i tractament farmacològic amb visita de control conseqüent.

Conec a la Maria perfectament, hi ha temporades que l'he visitada setmanalment i setmanes que he parlat amb la seva família dos cops per fer-ne el seguiment. La Maria no té Alzheimer, tot i que els tests puguin dir el contrari. Segurament sí que té el deteriorament associat a 89 anys de vida complicada i molt treballada. La Maria és una pacient crònica complexa, d'una complexitat que difícilment es pot captar en una visita de consultes externes.

És aquest el model de crònics que es vol implantar en el territori? És per això que volem els MACA i els PCC? És aquesta la racionalització en l'ús dels recursos que es vol promoure? I el més important: aquest periple de la Maria pel sistema sanitari més enllà del que el seu metge de capçalera va indicar, ha millorat la vida de la Maria? Ha fet que es trobi millor o que se senti més plena? Ja els puc dir jo que no.

És evident que calen recursos diferents que els hospitalaris per atendre als pacients complexos, és evident que evitar els ingressos hospitalaris és bo per a les persones i per a la sostenibilitat del sistema i que els centres sociosanitaris tenen el seu paper en aquest sentit. Però està sobradament demostrat que la salut dels pacients es deteriora de forma proporcional al nombre de metges diferents que l'atenen, i que és l'atenció primària la que està en millor disposició

d'atendre aquests pacients i les seves famílies. Senyors gestors, si ens expropien i ens deixem desposseir d'aquesta funció, perdran les persones, perdrà el sistema i perdrem nosaltres com a professionals.

Addenda: aquest no és un cas aïllat; s'ha fet habitual el control dels pacients després d'un ingrés puntual indicat des de l'atenció primària. Un arriba a malpensar: tindrà a veure amb l'assignació de recursos, amb la multiplicitat de proveïdors, amb interessos aliens al bé del pacient...?

(PUBLICAT EL 20/8/2014)



Sort dels professionals!

Divendres. Al voltant de les 12. Esperant que arribi ja el cap d'una setmana que hem tingut ben mogudeta...

La primera visita és una dona que ve acompanyada del marit. 70 anys. Sempre havia anat "a la privada"... Vivia a l'àrea metropolitana de BCN... Però ha decidit venir a viure "al poble" on té la segona residència...

"El doctor que em visitava m'ha fet aquest informe perquè vostè em demani el tractament..." Pàl·lida, amb aspecte cansat, m'atansa uns quants papers. El de sobre és un informe d'una RM: hepatopatia crònica amb diverses tumoracions suggestives d'hepatocarcinoma multifocal.

Respiro fons. Miro la pacient i pregunto... "Què li han explicat que té?" "Que tinc uns tumors al fetge... I que vingui aquí a que m'aconsegueixi el tractament per la seguretat social".

Torno a respirar fons i agafo el telèfon. Truco a l'hospital. Tinc sort. L'oncòloga es posa al telèfon en menys de tres minuts. Li explico el tema. És una bona professional. Mira la seva agenda. "Que vingui dijous, ja la programo jo".

Es posa en contacte amb el tercer nivell oncològic. En menys de 15 dies, la pacient és en un hospital de tercer nivell fent el tractament.

L'han fet fora del sistema privat. Ara és una fan del sistema públic.

Sortosament, els professionals del sistema públic procurem no abandonar cap pacient: ni tan sols els que han triat la privada fins que la seva malaltia ja no és rendible.

(PUBLICAT EL 7/9/2014)

Total, només és una recepta!

Com que "li ha caducat la recepta d'anticonceptiu" que li va fer la llevadora del Programa d'Atenció a la Dona (PAD) que depèn d'una altra empresa, es presenta al taulell del consultori de l'ICS perquè "li fem una altra recepta". A la farmàcia li han dit que vingui, que nosaltres l'hi podem fer.

No té visita concertada. Ho vol "urgent". Li sembla que demà li començarà la menstruació. L'administratiu li proposa visita per demà. "No. Demà? No pot ser ara? Total, només és una recepta!".

Un altre pacient es presenta al taulell dient que, com que va anar d'urgències a l'hospital, la recepta "li ha quedat anul·lada". A la farmàcia li han dit que vingui perquè li arreglem. No té visita concertada. Ho necessita "urgent". "No li queda cap pastilla?" "Sí, per un parell de dies." "Però... no m'ho podeu fer ara? Total, només és una recepta!".

També ve un pacient a qui hem prescrit una caixa de 20 comprimits d'amoxicil·lina. A la farmàcia, només en tenen de 30 comprimits. Li han dit que vingui perquè li fem una altra recepta. "Si m'ho han de demanar, hauré de tornar-hi a la tarda." "Que la doctora m'ho faci de nou. Total, només és una recepta!".

"Només vull que em renovi la recepta de llarga durada", diu una pacient al taulell. "M'ho pot fer en un moment". No té visita concertada. "No cal, només vull que la renovi". La pacient té diverses malalties cròniques, pren vuit medicaments i no s'ha fet cap control (en el nostre consultori) des de fa un any.

"M'han de treure un queixal. El dentista m'ha dit que he de prendre un antibiòtic, que vingui al capçalera a buscar-lo". No té visita programada. "Total, només és una recepta!".

“M’he de fer una prova a l’hospital (que pertany a una altra empresa). M’han dit que vingui a buscar la recepta de l’antibiòtic al metge de capçalera”. “Té visita concertada?”. “No... Total, només és una recepta!” .

“He anat a consultes de l’hospital i el metge s’ha oblidat de fer-me la recepta de la nova medicació que m’ha donat. Vinc a que me les feu.” No té visita concertada. Només és fer una recepta d’uns medicaments que li ha prescrit l’especialista. “Té algun informe?”. “No, però no entenc perquè poseu tants problemes. Total, només és una recepta!”

Com fer entendre a la població, als farmacèutics, als especialistes... que “fer una recepta” no és una acte burocràtic, sinó mèdic, i que el metge que firma es fa responsable èticament, deontològicament i jurídicament de la prescripció? I que, de cap manera, els metges de capçalera ho hem de fer sense informació adequada, si no ho veiem clar o si no hi estem d’acord?

(PUBLICAT EL 10/9/2014)

Suportant la ineptitud del gestor

Hi havia una vegada un petit equip d'atenció primària. Les casualitats havien provocat que s'hi trobessin diversos metges de família poc compromesos, poc implicats, més preocupats pels seus interessos que per oferir una atenció de qualitat. Les infermeres i les administratives eren, en general, bones professionals.

Un dia hi va arribar, com a directora, una metgessa compromesa. Va fer pinya amb l'adjunta i van començar a promoure canvis per millorar.

Ai...! Alguns dels canvis eren contraris als interessos de diversos metges. I també van fer pinya, i la van fer promovent malestar entre els alcaldes (personatges que de vegades valoren més les aparences que el que seria millor per al seu poble). I la pressió es va fer sentir més amunt. El gerent va cedir i va comunicar a l'equip directiu que no ho feien prou bé, que creaven problemes. Ja se sap, els gerents, de vegades, s'ofusquen pels problemes, agafen por i aturen els canvis, no fos cas que fossin problemàtics. Els agafa el mal d'altura, o la patologia més banal dels testes en ascensor[i].

I la bona directora i la bona adjunta van ser cessades.

I l'equip va seguir en la seva habitual somnolència.

Anys més tard, hi va arribar un altre metge de família. Treballador, també amb idees de millora. Va començar la seva feina amb il·lusió, i la va traslladar a altres bons elements de l'equip. Es va remoure novament la tranquil·litat de l'entorn. I, oh!, mira quina casualitat: el nou metge de família va ser traslladat a un altre equip "perquè no s'havia adaptat bé". És clar, segurament havia

errat, ja ho diuen els veïns castellans: "*Allá donde fueres, haz lo que vieres*". O dit d'una altra manera, si viuen bé emmandrits, quines ganes de canviar-ho i posar nerviós, novament, a l'espavilat del gerent.

I l'equip es va mantenir en la seva habitual somnolència.

I els professionals i els equips de l'entorn van prendre nota de les prioritats i criteris de qualitat del gerent (ah!, per cert, el programa de qualitat, basat en els "papers" seguia endavant en tot el territori, amb gran força).

I vet aquí un gos i vet aquí un gat, el conte ja s'ha acabat. I vet aquí un gat i vet aquí un gos, el conte ja s'ha clos.

NOTA: Tota similitud dels personatges i els fets del conte amb la realitat és una pura coincidència (...o no...?)

[i] Comissió de millora de la qualitat. Provant de sobreviure en la nostra cadira (manual de directologia aplicada). Barcelona. Camfic, 2002. http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/qualitat/Provant_sobreviure_nostra_cadira.pdf [veieu pàgs. 22-25 i 62-65]

(PUBLICAT EL 21/9/2014)

No és la meva feina!

Avui ha vingut un administratiu (de l'ICS) a suplir l'absència de l'habitual, que depèn de l'ajuntament del poble.

Al consultori, revisem els resultats de les analítiques i deixem una nota perquè l'administratiu informi als pacients (que truquen per telèfon) si són normals, o cal una consulta amb infermeria o amb el metge. Fa anys que fem servir aquest sistema. Els pacients n'estan contents, perquè s'estalvien temps de visites innecessàries. Mai s'han queixat del sistema, al contrari.

Però a l'administratiu de l'ICS li ha semblat que comunicar als pacients la conducta a seguir, si no cal cap consulta o s'ha de programar una visita pel metge o la infermera, no és "la seva feina".

Em pregunto... i doncs, quina és la seva feina?

(PUBLICAT EL 24/9/2014)



Fins quan aguantarem?

La Cristina, que és una infermera competent i compromesa amb els pacients, entra en el seu torn amb mala cara i plora amb facilitat. Explica que durant tot l'estiu ha tingut un contracte de 20 hores que li van renovant cada mes, i no sap fins quan treballarà. Canvia de centre de treball i d'horari dos o tres cops per setmana, no sap mai quan podrà recollir el seu fill, o veure'l, o dinar a casa. No sap quan tornarà a veure els pacients que necessiten cures periòdiques, ni si tornarà a veure aquella senyora a qui queden pocs dies per morir, o si podrà tornar a parlar amb els seu fills.... Plora per tot plegat.

En Jordi, que s'ha jubilat fa poc, diu que ja no necessita pastilles per dormir. Encara somia que passa consulta, però no es desperta angoixat a mitja nit tement com serà de llarga la llista de consultes de l'endemà, o alertat per no haver preguntat per l'última regla a aquella noia que tenia dolor abdominal i que va veure entremig de les seves visites perquè la companya metgessa que l'hauria d'haver atès estava malalta i no la van substituir. Ara dorm molt millor.

La Mònica, que molts dies es troba sola d'administrativa al centre, en acabar el matí, pregunta com ha anat la consulta. Ho pregunta perquè "no sap ben bé què ha fet", ha estat desbordada tot el matí amb les persones que anaven a visita o a fer gestions al centre, algunes demandes urgents, moltes trucades per telèfon... i ha donat les hores de visita com ha pogut. Li queden moltes gestions per fer, però necessita descansar una mica, té el cap que treu fum. Mentre parlem aquestes coses entra una senyora per la porta i pregunta que com és que ningú agafa el telèfon, porta trucant tot el matí.

Fins quan aguantarem?

(PUBLICAT EL 23/12/2014)

La Rosa ha mort avui a urgències de l'hospital

Amb 94 anys, feia temps que estava enllitada, totalment dependent de la seva cuidadora, que la tenia que feia goig veure-la. S'havia aprimat tant, que era pell i os. Les nafres de decúbit es tancaven de forma miraculosa, amb les cures de la cuidadora i la supervisió de la infermera.

Fa temps, un assistent social va proposar ingressar-la en un centre sociosanitari. Li semblava que les condicions de la casa on la pacient havia viscut sempre "no eren adequades"... Vam parlar amb els fills: el que vivia amb ella i el de fora. Coneixíem la pacient des que era una persona vàlida i sabíem que era feta a "l'antiga", de les que les residències li semblen llocs on familiars irresponsables abandonen les persones que haurien de cuidar a casa. Ella mateixa va cuidar el seu marit a casa fins a la seva mort.

Vam pactar amb els fills una millora de l'entorn, que es va fer. Vam entrenar més la cuidadora. La infermera controlava les cures. La pacient, tot i la seva situació de dependència, tenia una bona qualitat d'atenció. Mai havia mostrat signes de patiment. Estava tranquil·la.

Tenia fet l'informe de la seva situació (PIIC) perquè qualsevol professional que l'hagués d'atendre fora d'horari sabés quina era la situació: quedava ben clar que calia tractar-la a casa i que la prioritat era el confort de la pacient.

Un dia va empitjorar: tenia febrícula i basques. La família va avisar al CUAP. Per sort, estava de guàrdia la infermera que porta habitualment la pacient i un metge *veterano* que, en llegir les instruccions del PIIC, va recomanar mesures de confort i fer contenció familiar. L'endemà, hi vam anar el metge i la infermera habitu-

als. La Rosa estava tranquil·la, neta i amb la pell ben hidratada. Va obrir els ulls quan vam dir el seu nom. Semblava estar còmoda. Vam insistir en les mesures de confort.

Al vespre la Rosa "respirava malament". La família va tornar a avisar al CUAP. Hi van anar uns professionals que, malgrat el PIIC amb la recomanació de mantenir la pacient a casa, les anotacions a la HC del mateix dia i de l'anterior, van decidir que "havia d'anar a l'hospital perquè estava molt malament: té la TA i la saturació molt baixa i dificultats per respirar"...

És clar... la Rosa s'estava morint. Què s'havia de fer? Contenir la família. La Rosa estava morint tranquil·lament. Però els professionals que hi van anar, consideraven correcte enviar la Rosa a urgències de l'hospital.

El metge que la va rebre a l'hospital es va posar les mans al cap. "Com han portat aquesta persona a urgències? Està en estat terminal!" Tot i la seva encertada apreciació, li va posar una via endovenosa amb antibiòtic, oxigen, li va fer una radiografia.

Al cap de 6 hores, la Rosa va morir en una llitera d'urgències, després de treure-la de casa, del seu llit, de la seva cuidadora, després de posar-la en una ambulància, enmig del caos. Això sí, va morir amb oxigen i una via posada, un ECG, una Rx de tòrax, les anàlisis fetes i una dosi d'antibiòtic endovenós.

L'endemà, quan ens en vam assabentar, ens va envair un sentiment d'indignació. Tants esforços, tantes valoracions, discussions, aportacions, les indicacions escrites en el PIIC, perquè, finalment, la incomprensible decisió d'uns professionals "de guàrdia", que no sabien res de la pacient, "passessin" de les instruccions del professionals que coneixem la situació, i ho espatllessin tot.

Només ens queda el consol de pensar que, potser, la consciència i percepció de la Rosa ja eren molt lluny abans de passar per tot aquest despropòsit.

(PUBLICAT EL 7/1/2015)



Complicant les coses

Pacient de 53 anys, en seguiment habitual a l'Hospital del Mar, amb antecedents de malaltia vírica crònica i dos IAM.

Fa tres mesos va ingressar en un centre sociosanitari després d'un ictus isquèmic massiu. No es va considerar per a "codi ictus" per desconèixer el moment d'inici (hi ha constància que es va traslladar a l'Hospital de Bellvitge menys de 4 hores després de l'aparició dels símptomes). Queda amb una hemiplegia esquerra total.

Al centre sociosanitari se li fa rehabilitació motora de menys d'una hora diària. A partir del primer mes d'ingrés se li exigeix una aportació de 500€, la seva pensió es de 900€. Ha deixat el seu pis, de lloguer, per no caure en un impagament.

El centre sociosanitari en qüestió fa recaure en la família l'aprovisionament de la seva medicació antiviral crònica que fa temps que pren. La família demana una revisió del grau d'incapacitat i els diuen que no li poden facilitar una ambulància per anar a la revisió; que li demanaran, però haurà de pagar-ho la família i després ja se'ls retornarà l'import. Ningú coneix el formulari de rescabalament, que s'ha d'aconseguir a l'INSS.

Li comento a la família que tot plegat em sembla surrealista, i que tot s'arreglaria amb una trucada telefònica des del centre sociosanitari al lloc de la revisió, o un traspàs d'informació de metge a metge. La família em comenta que això no és possible: "L'han de veure personalment".

L'única explicació que se m'acut és que els pressupostos són estancs i cadascú és responsable del seu trosset; caiem en la ridiculesa més absoluta i creiem que és normal!

El que no és normal és estar dirigits per persones que no mereixen aquest qualificatiu! No són dirigents, són autèntics *freaks* de la gestió! Quan el sentit comú i facilitar les coses als nostres pacients i familiars es converteix en un malson per a ells, és que, realment, estem fent les coses molt malament.

La perversió del dolor és l'angoixa sobreafegida als familiars, que prou pena tenen i només els falta que els sobrecarreguem amb una burocràcia absurda i costosa. Kafka es va quedar curt!

PD: L'atenció que reben els malalts del citat centre sociosanitari és infinitament millorable, però ningú sembla tenir cap interès en fer-ho!

(PUBLICAT EL 4/2/2015)

Malmetem la història clínica

Em preocupa l'ús cada cop menys seriós que fem de la història clínica. Estem fent-la malbé com a eina essencial per donar continuïtat a l'atenció clínica. Hem entrat en una espiral en la qual sembla que tot el que sigui compartir la informació és bo.

Fa una setmana, una companya va ser atesa per un metge internista. En el decurs de l'entrevista, l'internista va comentar: "Amb aquest accés generalitzat a la història clínica que estem vivint, he començat a no escriure segons quines coses a la història clínica. En el teu cas, si et sembla bé, no escriuré".

Fa pocs dies vaig assistir a una presentació sobre les qualitats de la innovació que suposa l'accés del pacient a la seva "Carpeta de Salut" (bona part de la seva història clínica). Sembla raonable que sigui així, però ningú ha valorat si és prudent que el pacient accedeixi directament a l'informe d'un resultat (una prova complementària, l'informe d'anatomia patològica...) sense l'assessoria del professional que li ha sol·licitat. Tampoc queda clar que el ciutadà tingui accés a veure el llistat de tots els professionals que han accedit a les seves històries clíniques informatitzades (la de primària, la de l'hospital "X", etc.)

Dilluns un company va ser atès per una metgessa de l'ICAM, per valorar la seva situació d'incapacitat laboral. El company, astorat, i respectuós amb la feina de la seva companya de professió, va comprovar com la metgessa (que no participava en la seva atenció) accedia a la seva història clínica informatitzada sense cap limitació.

Ahir, un metge de capçalera em comenta: "Des que sé que els companys de l'ICAM accedeixen a tota la informació clínica que escric a la història informatitzada, he començat a fer servir de for-

ma habitual l'opció de comentaris personals o d'informacions que tan sols jo puc llegir".

Què ens passarà en el futur si perdem el bon costum d'escriure a la història clínica tot allò que és rellevant per atendre a un pacient?

Què passarà en el futur si els ciutadans entenen que allò que m'expliquen en la intimitat d'una consulta determinada, serà accessible a molts altres professionals que no intervenen en la seva atenció, o almenys no en aquella situació?

(PUBLICAT L'11/2/2015)

R.I.P. A.P.S.

Ja fa temps, argumentant que jo no ho feia bé, em van prendre els pacients terminals, però no vaig dir res... perquè tenia molta feina.

Un temps després, vam decidir que les persones amb problemes aguts les veuria la infermera de triatge, o el resident. Perquè jo... segueixo tenint molta feina. No veig nens, tot i que durant la residència, vaig rotar per pediatria. Però... que no hi ha pediatres? És la seva feina.

Embarassos? Anticoncepció? I el Programa d'atenció a la dona? Vaig rotar pel servei però... Només faltaria que ho hagi de fer jo, amb la feina que tinc!

Sutures? A l'hospital, que jo no tinc temps, amb tota la feina! Petita cirurgia? Infiltracions? Control del TAO? Retinografies? No és la meva feina!

Només volen que faci més, cobrant el mateix!

Emergències? Aviseu al SEM, que jo tinc molta feina.

Atenció domiciliària? Pacients crònics complexos? Ufff!!! Potser que se n'ocupi algú altre, que jo tinc molta feina! A més, els experts diuen que no ho faig prou be! I doncs... quina feina faig a la consulta?

La recepta electrònica. Una feinada! Tot el dia havent de fer canvis. Perquè no la poden fer els especialistes? Que cadascú se n'ocupi d'allò que és seu! Les baixes laborals. Però... si ho han de controlar tant les mútues, podrien ocupar-se'n també, no? I si volen informes, que els faci l'ICAM que té accés a la història clínica.

A veure, què més puc deixar de fer?

Així, l'atenció primària, sortint del no-res l'any 1985, està assolint els més alts nivells de misèria.

(PUBLICAT EL 23/2/2015)



Iniquitat en seguretat del pacient. No pots triar hospital... Però no tots els hospitals són iguals

En Ramon, de 82 anys, ve a buscar els resultats de les seves anàlisis. Té una anèmia per falta de ferro.

– Vas bé de ventre, Ramon?

– Fa un temps que vaig una mica restret, però em trobo bé...

Uff! Anèmia ferropènica més restrenyiment en una persona de 82 anys... igual a càncer de còlon mentre no es demostri que no. Faig una derivació per "diagnòstic ràpid" al servei de gastroenterologia de l'hospital. El visita un internista i demana una colonoscòpia. Al cap de 4 mesos en Ramon ve a la consulta per un altre motiu.

– Ja t'han fet la colonoscòpia?

– Encara no m'han avisat...

Uff! Sospita de càncer de còlon i ja portem 4 mesos de demora per a la colonoscòpia...

Parlo per telèfon amb el servei d'atenció a l'usuari. Després de mirar (no sé ben bé què) em diuen que torni a fer una derivació per "diagnòstic ràpid". La faig.

Avui, 6 mesos després de la primera derivació, torno a veure en Ramon a la consulta.

– Ja t'han fet la colonoscòpia?

– M'han tornat a visitar. El metge m'ha preguntat com ha anat la prova. Com que encara no me l'han fet, em diu que no em pot fer res.

No és un acudit. Està passant en un Hospital de la XHUP. De moment, 6 mesos per una prova diagnòstica en una sospita de càncer de còlon.

Li faig saber al director de l'EAP. Em diu que ho ha enviat a l'Àmbit (de l'ICS) i que "no és el primer cas". Què podrà fer l'Àmbit de l'ICS si l'hospital és d'una altra empresa?

La cosa s'està posant perillosa. Aquest hospital (concertat) està acreditat pel Departament de Salut, que presumeix de programa de seguretat del pacient. Pot garantir l'equitat en la seguretat dels pacients en tot el territori? Sembla que no.

Què li direm al Ramon si finalment, quan li facin la colonoscòpia, té un càncer de còlon avançat?

(PUBLICAT EL 3/3/2015)

Qué hacer en Denver cuando estás muerto

Abans –i parlo de fa pocs anys– quan es moria algú i el metge estava visitant, el primer que rebia la trucada era el metge del poble, el recurs més proper i fiable. Era l'únic recurs, el més sensat i econòmic, i el més lògic.

Ara no, ara truquen al 112.

Trucada d'una senyora del Penedès fa 15 dies, advertint que el seu home no respira i no sap què fer.

Resposta del 112. Avisen al metge de capçalera? NO.

Activen una ambulància i un helicòpter, tot a una.

Algú del 061 pregunta: «vostè diria que podria estar mort?» NO.

L'home en qüestió era un malalt amb una esperança de vida de menys de 6 mesos, a qui el dia abans havien fet una transfusió de sang. Una mort esperada (82 anys càncer de bufeta evolucionat).

Als 15 minuts i veient que ningú arriba, a una de les filles se li ocorre "i si truquem al metge, que avui visita!!!!!?»

Finalment truquen al metge, amic meu, que arriba ràpidament i constata que l'home és mort, i li diu a la família. Escolta les aspes de l'helicòpter sobrevolant la casa i truca al 061 per advertir-los que no cal que aterrin, que el pacient és cadàver.

El 061 contesta que ja és tard, el servei està activat i han d'arribar fins el final.

Amb tot això que arriba l'ambulància, més penya per a no res! I dues dotacions dels mossos, que sempre van de dos en dos, però en cotxe.

Els de l'helicòpter que se'ls ha hagut de recollir al camp de futbol, s'entesten en practicar-li un electrocardiograma, que surt pla com era d'esperar. Massa sovint ens trobem amb situacions com les descrites i no entenem com i per què es malbaraten els recursos públics.

Les guàrdies de primària de cap de setmana, incrustades als hospitals en alguns territoris, són molt feixugues, entre altres coses per les dificultats que ens posa el 061 per enviar una ambulància quan el metge ho decideix en contra del parer d'una administrativa que segueix ordres i protocols que no han consensuat amb ningú. Els imposen.

Al contrari, entre setmana activen tots els recursos a la demanda de qualsevol persona, amb criteri o no..

Passa el temps... i ningú respon.

(PUBLICAT EL 21/4/2015)

La incertesa d'un dia qualsevol a la consulta

Quatre o cinc persones amb clínica de febreta, odinofàgia i/o tos amb o sense moc. Explicar la diferència entre un refredat i la grip, la faringitis i l'amigdalitis pultàcia. Explicar que res és del tot segur, però que el més prudent és esperar i no donar antibiòtic. Transmetre seguretat en la indefinició.

Les dues dones amb lumbàlgia, sense altra clínica. La poca utilitat de la radiografia. "Però..., com sabem segur el que tinc?" No sempre cal saber "el que tinc" amb exactitud.

La Maria, amb una neoplàsia d'ovari a qui li van oferir fa cosa d'un any una cirurgia agressiva que la va "deixar buida", ha viscut bé aquest any, estava contenta. Ara, però, marcadors que augmenten, imatges a la TAC que ens parlen de recidiva... Desànim. Sap què té. Vol saber més? Quina és la millor opció terapèutica? Cal tenir en compte l'actitud expectant? Va ser útil la intervenció de fa un any de la qual va trigar mesos en recuperar-se? Dubtes.

L'home que ve a parlar del PSA que l'uròleg li ha dit que ha de repetir. Calia fer-lo? Explicar, transmetre serenitat en la incertesa.

El domicili urgent per a una síndrome vertiginosa perifèrica. Descans, i...?

Dues persones que vénen per controls d'INR que ha fet la infermera i que aprofiten per comentar l'ECG. Estables. Certesa?

Infiltrar a una dona amb artropatia degenerativa i bursitis de la pota d'ànec. Altres cops li va anar bé. També l'ajudarà aquest cop?

Opinar sobre si cal o no antibiòtic en una cel·lulitis entorn d'una nafra que controla la infermera.

El Joan es va torçar ahir el peu. Ottawa negatiu. Probable esquinç de turmell. No fem radiografia. La mare pregunta: "Està segur que no té res trencat?»

La cama inflada de la Berta, dolorosa, una mica vermella. Tromboflebitis?

Més i més persones...

El domicili per cuidar en Pere, que està acabant la seva vida, a casa. Té dolor? Hem de tractar la causa de la febre que va iniciar ahir? Vol saber més de la malaltia i de l'evolució? Està bé la parella que el cuida?

En quants casos havia d'haver fet més proves complementàries o havia de consultar amb algun altre professional? En quants casos fer més coses era augmentar la iatrogènia? En quants casos esperar era perillós?

La medicina de família és incerta. Fer més o fer menys? Esperar o actuar? Explicar o deixar que paeixi les notícies? Fer cas de la proposta, potser perillosa, de l'altre especialista o proposar prudència?

La medicina de família tracta sobre la vida de les persones. La vida és incerta...

(PUBLICAT EL 13/5/2015)

En cas de dubte, consulti al seu farmacèutic

Estic fent cua a la farmàcia.

Davant meu espera un home de mitjana edat a qui el metge de capçalera ha prescrit un antibiòtic (entenc que deu ser alguna amoxicil·lina, per la pauta que el farmacèutic ens fa saber a tots els que estem esperant).

– Tens a casa algun probiòtic? - Pregunta el farmacèutic-

– Un què?

– És una pastilla que et prens cada dia per protegir el treu intestí de l'antibiòtic. N'has de prendre una al dia, mentre prenguis antibiòtic.

– Ah! Bé...

– El farmacèutic ja està passant el lector pel codi de barres i fent el compte.

– Són 12,43 €.

Quin bon venedor! El medicament original deu costar 2-3 €. N'hi ha tret més de 12! *Ale hop*! En un moment.

(PUBLICAT EL 19/5/2015)

Sóc un número

Fa temps que es respira mal ambient al CAP. Amb la nova direcció ningú està content. Mai no saps on són i, quan el dia a dia -de vegades- es complica, hem de solucionar nosaltres mateixos els problemes sobre la marxa: substituint companys que tenen el dia de lleure i ningú els ha tancat l'agenda, o afegint a la teva agenda els pacients de l'altre company que està malalt. La sensació que tenim molts és d'anar a la deriva, de caos, que ningú es preocupa per nosaltres, els que treballem al CAP.

D'altra banda sembla que es vulgui destruir l'equip. Que cadascú treballi a nivell individual en la seva consulta, amb un ritme frenètic que no dóna temps a preguntar a l'altre si necessita quelcom. Fins i tot s'ha arribat a crítiques entre companys per les altes càrregues de treball.

Avui hem tingut reunió d'equip i el tema ha estat els objectius que hem aconseguit i els que hem de millorar. Només números. També ens han comunicat que ens canvien el torn de treball a les persones que tenim torn fix els cinc dies de la setmana, persones que portaven més de 25 anys a l'ICS. La justificació és per donar opció als nostres pacients a venir en horari de tarda. En 25 anys no hi ha hagut cap reclamació ni suggeriment pel tema d'horari per part dels pacients. També ens han dit que cada plaça tindrà un número, no serà la teva plaça ni la meva, sinó un número. Així, quan algú marxi quedarà el número. Tota la vida lluitant perquè els pacients no siguin considerats un número i ara jo ho sóc.

I així em sento jo, com un número. No importa si el José ha estat a punt de perdre un dit del peu per una isquèmia a la cama, importa si està catalogat com a PCC. Ni si la Maria amb 98 anys ha decidit que ja estava bé de viure i no volia anar a l'hospital, només

importa si tenia l'etiqueta de MACA abans de morir. Perquè en tingueu una idea, tinc molt pocs pacients de PCC i MACA i és clar, els números són els que importen en aquest moment.

Tampoc importa si les "tirites" d'estrelles que poso als nens quan els faig anàlisis són màgiques, ni si la porta de la meva consulta està oberta als pacients encara que no tinguin hora. Això no es mesura estadísticament. Tampoc es mesura el respecte a l'altre, l'escolta, el treball en equip, el temps que invertim en gestionar una visita amb l'especialista de l'hospital o en comunicar-nos amb la treballadora social del poble per un cas. Ara només importa la protocol·lització de tota la nostra activitat en el CAP (que no dubto de la seva importància) i complir amb els objectius.

(PUBLICAT EL 27/5/2015)

Creant problemes on no n'hi havia

Pacient jove, sense cap antecedent d'interès, que aprova les oposicions com a mestra. Per poder accedir al seu lloc de treball li demanen que se certifiqui el seu estat de salut. Li explico que ha de comprar i portar-me el paper oficial de certificat mèdic, que li empleno quan el porta. Dues setmanes després, torna novament a la consulta dient que el Departament d'Ensenyament de la Generalitat no li accepta el certificat perquè, segons el paper "aclaratori" que li han donat, el que necessita és un informe on el metge certifiqui el seu estat de salut.

Pacient en estudi per diarrees de llarga evolució, de baixa laboral per aquest motiu. Ha vingut cada setmana religiosament pel seu comunicat de confirmació de baixa. Apareix un dia sense hora dient si per favor el puc atendre per un problema amb la baixa. El faig passar i m'explica que té problemes per pagar el lloguer perquè la mútua no li paga perquè li han dit que està d'alta. Jo, sense entendre res, miro a l'e-cap i veig que en data d'un dissabte de 3 setmanes abans, a les 22.03h, posa "procés tancat automàticament" (en lloc de l'habitual nom de la persona que ha fet alguna acció o escrit a la història clínica). Entro a la part d'IT i veig que se li ha donat, amb data de 4 mesos abans, alta per incompareixença.

Deixo les dues situacions sense final, perquè cadascú pensi la solució, si és que la troba.

(PUBLICAT EL 2/6/2015)

Sexe oral

Avui és dissabte. Tant de temps desitjant aquest moment i per fi els fills són fora de casa. Sopem i veiem les notícies. Ens mirem. Perquè no escapolir-nos? Decidim marxar al cinema i després a prendre un refresc sense alcohol. Riem, passegem, no sé de què parlem, potser de la pel·lícula, potser de res important, ves a saber. Comença a fer fred, una excusa per tornar. Ens agafem la mà. Podem estar sols, un al costat de l'altre. Ell és arquitecte, vidu amb dues filles. Jo separada, biòloga amb un fill. Podem fer el que vulguem, fins i tot allò que més ens agrada.

Ja és tard, entrem sigil·losament, és fosc. Ell es posa el pijama, jo el camisó. Colpejo tres cops la paret, ell sap que pot venir i jo que ell vindrà. Deixo la porta entreoberta per no despertar ningú i un petit llum perquè em pugui trobar. Estic nerviosa. Entra descalç. Ajusta la porta poc a poc fins tancar-la i se m'apropa lentament. Li faig un racó dins el meu llit. S'estira, jo al costat de la finestra, ell al de la tauleta de nit. Tanquem el llum. Els dos junts, en silenci, estirats boca amunt.

Em pren la mà i la besa. Ens mirem sense moure'ns gaire. Parla i m'explica i jo l'escolto, parlo i el miro i ell m'escolta. Parlem i ens escoltem, compartim junts les nostres vides, les nostres pors, els nostres pensaments, les nostres pregàries. Parlem, continuem parlant. Ens arraulim junts al meu estret llit.

Ell desa la dentadura postissa dins un got d'aigua, jo prenc les píndoles de cada nit, una vermella i dues de color verd. Se m'apropa una mica més amb els gemecs de les nostres esquenes enganxades al matalàs, ja no tenim edat ni tan sols per donar-nos la volta. És el nostre secret. Com cada dissabte practiquem sexe oral, el sexe de la paraula compartida de tota una vida que s'acaba. És

dissabte, podem parlar fins a quedar-nos adormits. Descansem i ens desitgem bona nit. Demà ens despertaran per esmorzar les encantadores auxiliars de la residència.

(PUBLICAT EL 10/6/2015)

Primer premi en català : 6ª edició de relats breus de Diari de Terrassa. 23 abril Jazz Cava Terrassa. Sant Jordi 2015.

MARCEL PRATS



Problemes per dormir

Uns amics m'expliquen la seva experiència sobre els problemes per dormir i la medicina privada. Al seu fill, de petit, li costava dormir. Plorava. No sabien com afrontar-ho i van consultar al professional més "expert" en temes sobre la son del país. Els va recomanar que, cada vegada que el seu fill plorés, anessin a la seva habitació i li diguessin "No passa res, rei. T'estimem molt... Ara dormiràs i els pares aniran a la seva habitació".

Quan ja portaven 6/8 vegades en una nit (havent de treballar el dia següent) van pensar que potser "l'expert" no tocava prou de peus a terra!

Però... com que no tenen prou coneixement ni formació per decidir, quan ell (el pare) s'adormia per tot arreu i roncava van tornar a consultar al mateix "expert" del son.

El meu amic, amb una obesitat mòrbida, tenia una apnea del son. El diagnòstic era ben fàcil: clínicament estava clar, i necessitava una prova i un aparell de CPAP...

"Em va cobrar una pasta!", em diu..."Jo no sabia que podia anar al *seguro* i que m'atendrien tan o més bé".

El meu amic ha perdut pes, dorm amb un aparell de CPAP finançat pel SCS i fa el seguiment en un centre públic. I no entén perquè "l'expert" no el va informar que existia aquesta possibilitat.

Per què deu ser?

(PUBLICAT EL 30/6/2015)

La tomografia (TC) urgent

La Maria ve a la consulta amb el seu marit. Tots dos una mica espantats, perquè fa uns dies que "no em surten les paraules". Vol dir una cosa que té molt clara al cap, i no la pot expressar.

Fa 4 mesos que la Maria va passar una revisió després d'una intervenció per un càncer de pulmó, ara ja fa un any. Estava "lliure de malaltia".

Demano una TC de crani urgent. Com que no confio en el funcionament del sistema (tot s'ha deteriorat tant en els darrers anys) li dic a la Maria que, si en 4-5 dies no ha rebut cap citació, ens ho digui.

Al cap d'una setmana, el marit de la Maria s'acosta al taulell. No han rebut cap citació. L'administrativa comença a fer recerca. El centre concertat que ha de fer la TC li diu que no han rebut la sol·licitud. En canvi, l'administrativa del nostre EAP que tramita les proves ens diu que la van enviar per fax el mateix dia de la sol·licitud.

Tornem a enviar la sol·licitud per fax. L'administratiu del centre concertat que ha de fer la TC urgent ens diu que el metge que programa no hi és fins la tarda. Que el truquem demà per saber què ha decidit.

L'endemà, l'administratiu del centre concertat que ha de fer la TC urgent ens diu que la prova està programada per d'aquí a... 3 setmanes!!!

Suggerim al marit de la Maria que vagin d'urgències a l'hospital "en horari d'oficina" (és quan hi ha els veterans treballant). Li fan la TC immediatament. Té metàstasis cerebrals. Ingressa per planificar el tractament. No feia cap falta ingressar la Maria per planificar el tractament, si li haguessin fet la TC.

En la sol·licitud de la TC es feia constar els antecedents de la Maria i la sospita diagnòstica. És que el metge que programa la prova no ho ha llegit?

Altrament, a qui hem de comunicar aquesta incidència? Qui és el responsable d'aquest problema de seguretat del pacient? Qui ha decidit i qui controla la qualitat de resposta d'aquest centre concertat? Nosaltres, els de l'EAP, no ho sabem.

(PUBLICAT EL 21/7/2015)

Incomprensible

La Rosa pateix Alzheimer en el grau més evolucionat. Depèn totalment de la seva cuidadora. Ni és capaç de mantenir el cap dret. Fa anys que la coneixem. A ella i a la seva cuidadora, la filla. La dedicació a la cura de la seva mare és excepcional. Mai hem vist la Rosa desnodrida, deshidratada, bruta, mal vestida o amb risc de nafres.

Un dia la Marta se'n va a consultar al neuròleg de l'hospital que havia visitat la seva mare fa més de 5 anys. El neuròleg, sense veure la Rosa, li prescriu citicolina, folat, vitamina B i altres fàrmacs... I, segons la filla, el neuròleg li ha dit que "quan surti un medicament nou, la seva mare podrà millorar".

Millorar? La Rosa està en un estadi 7f de l'Alzheimer. No pot estar pitjor. De fet, si hi hagués un estadi més evolucionat, la Rosa hi seria. Cap medicament pot servir per millorar res. Només es poden generar expectatives absurdes, o provocar efectes adversos d'una medicació que el neuròleg ha prescrit sense veure la pacient.

Des de la meva consulta d'atenció primària em pregunto com és que un neuròleg d'un hospital de tercer nivell prescriu medicaments per a una pacient que fa anys que no veu. És correcte fer això? Què en diu el Codi de Deontologia de prescriure medicaments a pacients que no s'han visitat?

El neuròleg no veu que, amb la seva actitud, desautoritza els professionals mèdics i d'infermeria que realment estem veient la Rosa? Potser hauria d'agafar el cotxe, fer els 50-60 km que el separen del domicili de la Rosa, veure com està realment i, amb aquesta informació, decidir el tractament.

O si ho creu convenient, nosaltres, els professionals del consultori que fa anys que veiem la Rosa i la Marta, que coneixem la seva vida, les seves dificultats, el seu entorn, podem proporcionar-li informació útil per prendre decisions clíniques. Estem a la seva disposició.

Li agrairíem, però, que no generi expectatives poc realistes a la Marta. I que no prescrigui medicament fútils, atesa la situació clínica de la Rosa. Perquè ho fa el neuròleg de l'hospital de tercer nivell?

(PUBLICAT L'11/8/2015)



Me’l cuidareu?

Enmig de la consulta, sona el telèfon i des d’admissions em diuen que un metge de l’hospital vol parlar amb mi.

Quan truca un metge de l’hospital parem màquines, sovint és massa difícil parlar amb ells com per desaprofitar l’ocasió i, més encara si és per iniciativa del metge de l’hospital.

M’explica el cas: tenen ingressat el Pere, de més de 90 anys, que ha fet un quadre agut i que, afegit a la seva patologia, no fa viable la supervivència, a no ser que es facin servir mesures extraordinàries -que serien dubtoses- tant clínicament, com èticament.

La família accepta portar-lo a casa, ja se’n cuidaran els professionals del poble.

Per què, doncs, la trucada?

L’objectiu de la trucada del metge de l’hospital és tan senzill com voler saber si el que diuen els familiars és cert. No vol donar l’alta sense contactar amb nosaltres.

La meva resposta és clara: el cuidarem i esperem fer-ho bé!

Es queda tranquil i aprofitem per parlar d’altres pacients.

El Pere arriba més tard de l’hospital.

És un goig rebre trucades d'un metge d'hospital NOMÉS perquè pateix per cuidar els malalts, i m'agradaria que fos un fet habitual que no calgués comentar.

L'anem visitant en els següents dies.

Quatre dies més tard, el Pere ens va deixar tranquil·lament, com hauria volgut.

(PUBLICAT EL 25/8/2015)



La desgràcia

"¿Quién le ha enseñado a usted todo eso, doctor?

La respuesta vino inmediatamente.

La miseria."

Albert Camus, La Peste.

Observem l'existència de la desgràcia cada dia. I sembla que cada dia, amb les polítiques actuals, més sovint. Concretament cada 6 minuts.

La María té una filla esquizofrènica–paranoide addicta a drogues que la maltracta, a qui ha passat tota la vida cuidant, oblidant la seva vida que ara i sempre, ha estat la de la seva filla. Les seves paraules, amb el regust amarg que imprimeixen la ràbia i la impotència, em saturen les orelles. Tinc nàusees i vull sortir per la finestra de la consulta. Continc la nàusea. Miro la Maria als ulls i l'escolto, tot el meu cos i ànima embolcallats per aquella desgràcia, que pul·lula, durant més de 30 minuts, per la consulta, retornant a la María quan aquesta s'aixeca per marxar.

Després entra l'Antonio. A casa són sis persones, quatre adults en atur i la mare de l'Antonio, que cobra la pensió. L'atur li venç el mes d'abril. Amb la veu com un fil, el rictus absent, trist i fatigat, m'explica com s'ho fa dia a dia. Com amaga als seus fills la desgracia i el patiment que li comporta trobar-se en aquesta situació. La incertesa del demà, incrementada de forma exponencial. Em falta l'aire quan el veig i el sento. Voldria amagar-me sota l'escriptori. Ell i la desgràcia surten per la porta 15 minuts més tard.

Entra llavors la Minerva, que embarassada de bessonada, als 8 mesos ha perdut ambdues criatures a causa d'una corioamnionitis. No sé què dir. Les paraules que no tinc les pren ella: "*Tengo que seguir hacia delante. Y, ¿sabe? Mi hermana está ahora embarazada, tengo que estar con ella, tengo que alegrarme. No quiero ir al trabajo todavía. Sé que tengo que ir, pero no quiero que me pregunten una y otra vez y tener que explicarlo todo. ¿Sabe? A veces cuando como algo que comía cuando estaba embarazada, aún los siento dentro de mí, como si se movieran...*"

Em pregunto sovint quin és el grau màxim de desgràcia que podem suportar. És il·limitada? I el patiment que se'n deriva, també és il·limitat?

Obro la porta que separa la meva consulta de la de la Rosa, la infermera amb qui treballo i, com tantes altres vegades, continc l'aire dins la boca, amb les galtes inflades un moment, per exhalar-lo llavors amb totes les meves forces, mentre traspasso tot el meu pes al mànec de la porta. Un aire que fa sortir i expressa tot allò que no puc expressar amb paraules pròpies i que conformen històries vitals d'altres persones, que posades en relació amb mi, persisteixen d'alguna manera dins meu. Aire que queda suspès en l'ambient, transformat en part del tot que és la vida. Un retorn al seu origen.

Un buidatge per poder continuar escoltant, empatitzant, vivint a través dels altres, fent un gest d'amor cada vegada que puc: atansar una mà, mantenir la mirada i l'atenció... cada vegada que puc.

Perquè no sempre puc.

(PUBLICAT EL 15/9/2015)

Ja em puc jubilar!!!

Avui he rebut una alta d'una pacient crònica, complexa, que ha estat ingressada uns quants dies al servei de medicina del nostre hospital de referència.

Quina ha estat la meva sorpresa quan, després del tractament indicat...

Ideos 1 c/12h

Omeprazole 20 mg/d

Paracetamol a demanda

Amlodipina 5 mg/d

Furosemida 1 c/d (a revalorar)

Colquicina 1 mg/dia (a revalorar durada i si iniciar al·lopurinol)

Amox/clav 500/125 c/8h, 3 dies més

Sup. glicerina a demanda

... llegeixo:

control

MF, Dra. (el meu nom)!!!!!!!!!!!!!!!!!

L'internista de l'hospital ha posat el meu nom en una alta!

En 32 anys de metgessa de família és la primera vegada que em passa.

(PUBLICAT EL 13/10/2015)



La Irene plora. Jo també

Conec la Irene fa més de 12 anys, des que vaig arribar al poble. Era una dona enèrgica, positiva, que ho tira tot endavant, malgrat la seva malaltia cardíaca, des que va tenir una febre reumàtica a la infància. Va cuidar la seva germana, que va morir de la mateixa cardiopatia. Ha superat dues intervencions cardíaques per posar-li pròtesis (ara mecànica). Diabètica, amb ACxFA, en TAO, polimedicada... Ho tira tot endavant. Les seves malalties, la casa (massa gran, massa lluny de tot), els néts (que cuida quan la filla, separada, els hi deixa), el marit (amb qui no té una bona relació).

Sempre ve a la consulta sola. És valenta. Entén la seva malaltia, els riscos, què li pot passar. Té les idees clares. Sap què vol. Es cuida. Voldria viure a Barcelona, on hi té un pis i se sentiria més segura. Hi té el seu cardiòleg de sempre, el cirurgià cardíac que l'ha operat. Però el seu marit vol viure en una casa a la muntanya, aïllada. La Irene s'hi resigna.

Fa uns anys, la Irene començà a tenir problemes de memòria. Poc a poc, va perdent capacitats d'autocurar-se, de fer les tasques de casa, de tenir cura dels néts.

Al mateix temps que la Irene va davallant, el seu marit va prenent la responsabilitat de la seva cura. Després d'un temps de cuidar-la a casa, el marit (i la filla) decideix portar-la a un centre de dia, de dilluns a divendres. Així ell està més lliure per fer les tasques de casa i continuar tenint cura dels néts.

Què en pensa la Irene? No hi està d'acord, però "*me ha tocado esto, doctora»*. Sempre que ve a la consulta es mostra enfadada amb el seu marit. Es conforma amb la situació, però no li agrada.

Un dia, el marit de la Irene em porta una recepta de la neuròloga. Li ha prescrit memantina (en una recepta del SCS) i haloperidol (en una recepta "blanca"), segons el marit, perquè la Irene està "agressiva" en el centre de dia.

A la consulta, la Irene mostra el seu desacord amb el marit, que explica que "ella, no s'assabenta de res". Programo una visita en 15 dies per veure què passa.

Als 15 dies, el marit de la Irene m'informa que la Irene demà ingressa en una residència. En un altre poble. Miro a la Irene. Té una tristesa mai vista dibuixada a la cara. No en queda res de la dona animosa i amb empenta que havia estat. Resignada. Desactivada.

Actualitzo els diagnòstics, la recepta electrònica, l'informe del PCC. El marit insisteix en què la Irene "no s'assabenta de res".

Quan està tot fet, m'aixeco per acomiadar-la. Tinc la sensació que no la tornaré a veure. Ella camina cap a la porta. L'acompanyo. Abans que surti, la paro i l'abraço.

Veig que les llàgrimes li cauen cara avall. Sembla que d'alguna cosa sí que s'assabenta.

Tanco la porta de la consulta i jo... també ploro.

(PUBLICAT EL 20/10/2015)

Que bé que funcionen les concertades!

Fa unes 5 setmanes, la Maria va venir a la consulta explicant-me que patia al·lucinacions visuals i olfactives.

Després de fer-li la història clínica, l'exploració, demano unes anàlisis, una consulta a salut mental i una TC cranial. Cal descartar que hi hagi alguna malaltia orgànica.

En 3 dies tinc el resultat de les anàlisis (les fan a un hospital de l'ICS); en 1 mes la visiten en el servei de salut mental. Quan la visiten, fa dies que ja li han fet la TC en un centre concertat de Mataró.

La psiquiatra està d'acord en que cal descartar una malaltia orgànica.

En aquest moment, fa 12 setmanes que li han fet la TC i encara no està localitzable en cap lloc de la història clínica compartida de la pacient.

Hem trucat per telèfon al centre que ha fet la TC, almenys, cinc vegades. Ens han dit que informen de les proves "en uns 15 dies" (15 dies per una TC demanada amb urgència?).

Hem comunicat la incidència de qualitat a la nostra organització (ICS). La TC segueix desapareguda.

Què hem de fer? A qui s'ha de reclamar?

El centre concertat que ha fet la TC, segurament la cobrarà. Perquè l'ha fet.

Però... Si ningú pot veure ni les imatges ni l'informe. Quina utilitat té la TC?

Ens podem permetre el luxe de pagar per una prova que ningú pot veure?

Qui controla això? El SCS (nosaltres som de l'àmbit de Girona, Mataró és de la Metro Nord) sembla que no.

I l'ICS? Sembla que tampoc!

(PUBLICAT EL 21/1/2016)

Ho sento, no hauria de plorar aquí...

La Marta plora a la consulta. Ve a explicar-me que tenia mals de cap, que no dorm bé... Jo la conec. Li veig la cara.

– Què passa Marta? Què m'has d'explicar?

La Marta explica que acaba de tenir un problema laboral. No ha aconseguit la feina que ja tenia coll avall i en la qual havia posat tantes esperances.

Ha aconseguit una feina de neteja i de teleoperadora. No és allò que esperava.

No pot dormir. No té ganes de sortir de casa. No té amics. Ni família. La seva parella també té problemes laborals. S'ha tancat en ell mateix.

Se sent tant sola!

Plora. Em demana permís per agafar un mocador de paper de la caixa que tinc a sobre la taula...

– Perdona, em sap greu... No hauria d'haver plorat aquí...

– Per què no? Aquest espai (la consulta) pots usar-lo per tot allò que et faci falta...

La Marta se'n va pensant que jo, el seu metge de capçalera, no estic per "aguantar" els seus plors... Que no és la meva feina.

Quina és l'expectativa que la comunitat té sobre les tasques del metge de capçalera?

Perquè la Marta creu que no hauria de plorar a la meva consulta?

(PUBLICAT EL 22/2/2016)



Entre l'espasa i la paret

Era juny de 2014 aproximadament, quan va entrar a la consulta una dona que no arribava als 35 anys. Em vaig presentar, era la primera vegada que la veia per la consulta, ella va fer el mateix i immediatament va passar a explicar-me el motiu pel qual venia.

Al novembre de 2013 la seva vida havia fet un gir inesperat. Després de visitar a la seva ginecòloga per una cita rutinària, li havien comunicat que el CA19.9 – un marcador tumoral de fetge, pàncrees, còlon i recte- sol·licitat en l'anàlisi de sang estava elevat.

Aquest va ser el punt de partida del que mèdicament es coneix com a cascada diagnòstica. A més de l'angoixa generada per la possibilitat, gairebé la certesa sota els ulls de la pacient, de poder tenir un càncer, van aparèixer múltiples visites i proves complementàries amb la intenció d'esclarir el motiu pel qual el marcador tumoral estava elevat.

Segons la pacient, al desembre del 2013 una nova anàlisi va confirmar que el marcador tot i haver disminuït, persistia elevat. L'oncòleg al qual va ser derivada, va recomanar realitzar un TAC total – toràcic, abdominal i pelvià- que va resultar ser normal. La colonoscòpia realitzada, també ho va ser, així com mamografies i estudis ecogràfics. Finalment una ressonància magnètica tampoc va poder justificar l'elevació del marcador tumoral.

La pacient continuava el relat... A principis de maig 2014 es va realitzar una nova anàlisi de sang, aquesta vegada el CA19.9 mostrava els nivells més elevats d'ençà que s'anava seguint. L'oncòleg va recomanar realitzar un PET-TAC que la mútua de la pacient es va negar a realitzar. Allà és on entrava jo: metge de capçalera del sistema de salut públic: "Pot, vostè, sol·licitar-me el PET-TAC?"

Fins aquell moment jo encara no havia obert la boca. Vaig fer dues úniques preguntes. Perquè s'havien sol·licitat marcadors tumorals en la primera analítica i si tenia algun símptoma.

La pacient em va explicar que existien antecedents de càncer familiar: la mare neoplàsia de mama i l'àvia (no sé si paterna o materna) de pàncrees. La pacient va respondre que les seves regles no presentaven cap tipus d'irregularitat, no experimentava dispareùnia, no s'havia experimentat cap símptoma digestiu ni s'havia observat cap signe que fes sospitar la presència de cap malaltia. A més, feia tres anys que havia deixat de fumar.

Vaig donar per acabada l'anamnesi. Li vaig explicar que tot i que determinats col·legues podien utilitzar els marcadors tumorals com a eina de cribratge, jo no estava d'acord amb aquest tipus d'utilització. També li vaig explicar que jo no podia demanar un PET-TAC... i finalment vaig intentar explicar que entenia, si era coherent amb la meva forma de pensar i no feia res més, que no resoldria el seu problema, ja que la seva ansietat, sense poder descartar o no la presència d'un tumor, no faria altra cosa que anar en augment. La vaig derivar a oncologia de l'hospital de referència...

Al cap de pocs dies, se'm va retornar la derivació argumentant, si no vaig entendre malament, que el servei oncològic no realitzava proves diagnòstiques (encara no feia un any que havia entrat a treballar en aquesta plaça... en el meu antic hospital de referència aquests casos els assumia oncologia... visca l'estandardització!!!!). Vaig tornar a derivar a medicina interna que va accedir a realitzar la prova. Conclusió del PET-TAC: sense evidència morfològica ni metabòlica de malaltia tumoral.

No he tornat a veure mai més la pacient...

Lluny de judicialitzar l'acció o no d'utilitzar marcadors tumorals quan no toca, l'anàlisi de la situació ens pot permetre comprendre la importància de tot allò que es realitza en una consulta. Hi ha implicacions científiques -l'ús dels marcadors-, professionals, legals i ètiques que en resum no són res més que el resultat de la responsabilitat que genera la realització d'un acte mèdic.

A primer cop d'ull, la situació genera un mar de dubtes... si no derivo o demano la prova sol·licitada el pacient pot sentir-se abandonat per part del seu metge de capçalera i la seva ansietat rebrà un nou impuls. Si derivo, estic assumint una responsabilitat que no he generat, ni jo ni el sistema públic de salut, que finalment serà el que costejarà una despesa probablement innecessària des del punt de vista estrictament econòmic i científic... que no és el que més interessa ni a mi ni, per descomptat, a la pacient... que per cert, si més no, hagués estat un detall acostar-se per comentar el resultat de la prova ja que, a hores d'ara encara tinc la sensació d'haver estat un instrument...

En resum una d'aquelles situacions entre l'espasa i la paret, que per sort, ha acabat bé per al pacient i en la qual cap de les parts ni pacient, ni professionals, ni mútua, ni sistema sanitari públic es queden a gust per diferents motius...

Ja direu quelcom...

(PUBLICAT EL 3/3/2016)

Desigualtats amb el mateix codi postal. No m'hi acostumo

És molta la gent i diversa, són molts els motius i diversos els que els porten fins a la consulta.

Estic acostumada a gent de tota mena, m'agrada aquesta diversitat que m'ofereix el lloc on treballo. Al que no m'acostumo, el que no m'agrada, és que cada vegada veig més desigualtats en salut, desigualtats enfront les quals em sento impotent i m'indigno.



A la sala d'espera s'esperen igual de pacients el Sr. Ricard i la Sra. Montserrat.

Però en entrar a la consulta, el Sr. Ricard em confessa que no va anar a la consulta del traumatòleg per posar-se la tan esperada pròtesi de maluc, perquè no es podia pagar el que val el bitllet d'autobús a l'hospital.

La Sra. Montserrat, que entra després d'ell, ve amb una carpeta plena de CD de RNM de totes les parts del cos que en algun moment li han fet mal, fetes a un centre privat i que aprofito per dir, segons la meva opinió, no li calia cap de les proves que aportava.

Què tenen en comú? Han compartit banc i un temps a la sala d'espera, i que tenen la sort o la dissort que sóc la seva metgessa de família, que intento oferir el millor que puc a cada un, impotent enfront la manca de recursos del Sr. Ricard i indignada per l'excés de medicalització de la vida de la Sra. Montserrat.

Espero no acostumar-m'hi mai.

(PUBLICAT EL 20/4/2016)

Urgències burocràtiques

Avui, com cada dia, hem atès unes quantes consultes "urgents".

Una, per fer una baixa laboral d'un dia. A la pacient li van fer ahir un procediment quirúrgic odontològic. L'empresa li ha dit que cal "portar la baixa del dia"... Qui millor que el metge per fer-ho?

Dues, per una baixa que vam fer ahir i que l'empresa que constava era antiga... Cal modificar les dades administratives i... Qui millor que el metge per fer-ho?

Tres, una pacient que ha anat a la farmàcia a buscar el seu inhalador habitual per l'asma i, com que s'ha deixat de fabricar necessita un canvi de nom comercial en la recepta electrònica i... Qui millor que el metge per fer-ho?

Quatre, la filla d'un pacient que va ser atès a l'hospital de referència per l'especialista i a qui va canviar la medicació. Com que no li va dir que la recepta de llarga durada no la poden fer els especialistes, s'ha trobat que no pot obtenir la medicació... I ja no en té!!! Què passa! El metge de capçalera no té res més a fer! Qui millor que ell per fer-ho?

Cinc, la filla d'un pacient ve perquè els bolquers del seu pare no "li arriben". A la farmàcia li diuen que passi perquè li arreglem. És clar!!! El metge no està fent res! Qui millor que ell per fer-ho?

Sis, arriba al taulell una pacient a qui el ginecòleg li havia demanat una urodinàmia i que, des del servei on li han de fer l'exploració, li fan arribar instruccions conforme ha de venir al "metge de capçalera" a demanar una recepta i un urocultiu previ a la prova. El ginecòleg, que li ha demanat la prova, és un especialista i està

massa ocupat. No passa res... El metge de capçalera ho resoldrà!!! Qui millor que ell per fer-ho?

Set, una pacient que ha hagut de marxar de la seva feina (un hospital de l'ICS) per gastroenteritis aguda, necessita una "baixa i alta del mateix dia"... Per justificar-ho (?).

Totes aquestes "urgències" les hem d'atendre en una agenda plena de persones, programades cada 10 minuts. Així que, les persones que venen "d'urgències" per motius banals/burocràtics estan "prenent" el temps de les persones que han tingut la previsió de programar la seva visita...

Totes aquestes consultes "urgents" ocupen, al menys, 60 minuts de la jornada laboral d'un metge/infermer d'atenció primària. Si ho multipliquem per totes les jornades laborals de tots els metges/infermers... Quant temps s'hauria pogut dedicar a atendre problemes de salut i que hem malversat en temes "burocràtics/menors"?

Toc, toc... Algú treballant per millorar/resoldre aquesta qüestió?

(PUBLICAT L'11/5/2016)

Vull fer això... però no així

Comença el relat en diumenge a la tarda. Ha estat un cap de setmana bonic, de gaudir de natura en família i amics. Però aquesta tarda, grisa i freda, convida a recollir-se a casa. Tinc feinetes i lectures pendents i amb aquests afers marxa el diumenge volant: rematant una sessió de teràpia tòpica per als meus companys del CAP, llegint un article que tenia pendent de revisió sobre infeccions respiratòries i, per acabar, lectura obligada del nostre bon amic Raul Calvo i les seves històries de capçalera. Tot plegat em deixa un bon sabor, perquè acabo pensant: "que afortunada sóc! treballo en allò que vull, sento que és la meva vocació..." I així amics... arriba el dilluns.

Us ben asseguro que a les 8 en punt passo per la porta del CAP. Totes les meves companyes administratives ja amb la cara davant la pantalla citant a tots aquells pacients que han matinat per ésser els primers... I en són molts. Tants, que amb prou feines poden enviar-me un somriure de bon dia.

Ara sóc jo qui es planta davant la pantalla i veig que en qüestió de minuts a l'agenda apareixen els noms de vells i no tan vells coneguts, i d'altres que llegeixo per primer cop. No són les 9 i l'agenda ja és plena.

Fresca i somrient, m'agrada veure com donant el millor que tinc la majoria de gent que ve marxa més conhortada. A primera hora, la Benita: "vinc perquè em faci una densitometria. Totes les meves amigues se l'han fet". Estic fresca, així que cap problema, gaudint d'explicar que no té risc, ni per edat ni per antecedents, que com a dona activa que és, que amb 50 anys diu: "encara la veig cada mes". En fi, tinc les forces i les ganes de donar una explicació que s'allarga més del temps que tinc predeterminat per a ella (7 mi-

nuts). Però bé, val la pena. La Benita marxa tranquil·la i convençuda que no li cal la densitometria.

La Francisca té la visita programada per a resultats d'analítica. Ja tenia escrit a la història la necessitat d'insulinització. Però abans de donar-li els resultats, veig que no serà un bon dia per parlar de la diabetis. El seu germà, de 38 anys, que orgullosa m'explicava amb quina fortalesa afrontava la seva malaltia, ha mort. Respiro fons, escolto, escolto, escolto... Avui no parlarem de HbA1c.

Tot i que confesso que tocada, he de seguir. Entra per la porta una pacient que no conec. Té de metge un company que avui no hi és: "tranquil·la Dra., *yo iré ràpida, sólo vengo por una receta, me va muy bien*", i em mostra un AINE que li tinc especial tírria, que no sé d'on l'ha tret, perquè a la seva història no hi consta. En canvi sí que hi consta que té 84 anys i que el seu filtrat glomerular és de 30. Explica-li que anem a buscar alguna coseta per al dolor que no tinguem tant risc de fer-li mal...

Vaig per la desena visita i el vintè motiu de consulta del dia i ja no us dic amb quin retard vaig. Ja sé que, com diu el Dr. Fabiani, "*puedo ir tarde en la consulta, però no con retraso; el verdadero retraso seria no dedicar más tiempo a alguien cuando realmente lo necesita*". No és anar amb retard, ja ho sé. Però quan veus que a la sala d'espera la gent es va acumulant, algú més inquiet que altres, acabo inquietant-me. Us he de dir, de totes formes, que en l'espera han nascut bones amistats entre alguns pacients; també que algun dels "fans" s'encarreguen de tranquil·litzar a algú nou que es queixa de la demora tot dient: "ja veuràs; t'agradarà; és que escolta a la gent..."

I això m'ajuda a seguir. El Sr. Felip, afecte d'insuficiència cardíaca. El vaig veure justet el divendres i l'havia citat a control. Per sort

està millor, i com que sap que és la meva obsessió, em porta la bosseta de plàstic amb tooooootes les caixes de medicaments. Per revisar que no hi hagi errors. Fins ara ell ho delegava a la seva dona, era la que controlava. Però avui la veig molt despistada, ja no controla la medicació del Sr. Felip. Evidentment ella no tenia cita. Però, és clar, he d'aclarir què li passa. Encara no han sortit per la porta i em passen una trucada del laboratori: un pacient amb potassi de 6,5.

Quan amb el proper pacient penso (ho confesso) "uf, a la fi un refredat", resulta que en aixecar la camisa els meus ulls marxen cap a una lesió pigmentada que es mereix una miradeta amb el dermatoscopi, i d'aquí que ja directa al dermatòleg per extirpació... I explica-li perquè no s'angoixi de més. Finalment, tampoc la visita de refredat em serveix per reduir una mica el retard.

I na Laia. Només seure es posa a plorar. Un plorar desconsolat que únicament necessita un acompanyament en silenci... I el seu temps per explicar-me què ha passat i quant fa... Intento no pensar en la gentada que hi ha a l'altre costat de la porta, acompanyar-la, escoltant-la i, inevitablement, s'escapen consells més fruit del sentit comú que de la ciència... Això sí, explico que no està malalta, que un antidepressiu no l'ajudarà... Tot i que confesso que, tot just estava a punt d'escriure al teclat sertralina, faig exercici de contenció i em repeteixo el meu mantra "no medicalitzar els problemes de la vida".

Cada vegada que actualitzo el llistat més visites administratives apareixen... aviat no en tindré prou amb un full per a tota la llista... I tot i que la frescor de primera hora ja no hi és, l'oloreta del cafè que em porta el Sr. Josep (un costum que li he agraït avui més que mai) em torna a reanimar.

El cafè del Sr. Josep per poc no va al terra empès pel Sr. Manel que, més atabalat de l'habitual i amb cara de disculpes perquè no té hora em diu a distància "*aun no me han llamado para la colonoscopia, qué hago doctora?*".

La Manuela va anar a urgències perquè a la farmàcia la van trobar a 160/100 (i jo pensant que des que he arribat a aquest poble que penso que ens hauríem de relacionar amb les oficines de farmàcia, molta feina a fer i tot per fer encara).

No us vull avorrir amb les visites administratives, però si us dic que uns quants dels SIREs que hi ha per actualitzar s'haurà de trucar al pacient... DM que fa més d'un any que no tenen control, benzodiazepines pautades de forma puntual que volen cronificar...

M'avisen per anar a un domicili. Quan m'asseguro que es tracta de tos, sense dispnea ni febre, explico que seran més de les 3 quan hi vagi. A l'altre costat de la línia la Sra. Maria, de 82 anys cuidadora del seu marit amb Alzheimer: "tranquil·la doctora, quan pugui. Sé que serà refredat, però des que va tenir la pneumònia tinc molta por que li torni a passar". És a dir, que més que per la tos del marit, vaig a treure angoixa a la Sra. Maria.

Marxo cap a casa. No us dic l'hora, però sí que ha passat l'hora decent per dinar... I se m'escapa una rialla irònica. Me'n ric de mi mateixa, recordant que no fa encara 24 hores, quan reflexionava sobre la fortuna que tenia de fer el que volia.... I avui marxant cap a casa pensant: "Si, és això el que vull fer... però no així".

(PUBLICAT EL 26/8/2016)